

Leonor I. Lega
Vicente E. Caballo
Albert Ellis

Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual

SIGLO XXI ESPAÑA








TEORÍA Y PRÁCTICA DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVO-CONDUCTUAL

por

LEONOR I. LEGA, VICENTE E. CABALLO y ALBERT ELLIS





siglo veintiuno editores, sa
CERRO DEL AGUA, 248. 04310 MEXICO, D.F.

siglo veintiuno de españa editores, sa
C/ PLAZA, 5. 28043 MADRID. ESPAÑA

Primera edición, abril de 1997

Impreso y hecho en España
Printed and made in Spain

Diseño de la cubierta: Pedro Arjona

ISBN: 84-323-0958-3
Depósito legal: M. 14.910-1997

Fotocomposición: EFCA, S. A.
Parque Industrial «Las Monjas»
28850 Torrejón de Ardoz (Madrid)

Impreso en Closas-Orcoyen, S. L. Polígono Igarsa
Paracuellos de Jarama (Madrid)

A Jorge Lega-Siccar,
in memoriam

ÍNDICE

PREFACIO

Las terapias cognitivo-conductuales constituyen hoy día una de las opciones más potentes a la hora de intervenir psicológicamente sobre numerosos trastornos "mentales". Algunas terapias están suficientemente contrastadas con respecto a su eficacia en determinados problemas (p. ej., la reestructuración cognitiva en algunos tipos de depresión), haciendo que difícilmente se cuestionen hoy día los beneficios que proporciona a los pacientes que sufren esos trastornos. En otros casos (p. ej., obsesiones, fobia social, juego patológico, etc.), el potencial de este tipo de terapias parece claro, aunque los próximos años serán decisivos para establecer o desechar tratamientos específicos cognitivo-conductuales para problemas concretos (véase Caballo, 1997).

La terapia racional emotivo-conductual (TREC) fue la primera terapia cognitivo-conductual en desarrollarse y, después de más de cuarenta años de existencia, sus aplicaciones a distintos problemas son numerosas (p. ej., Ellis y Bernard, 1985; Ellis y Grieger, 1977, 1986). La TREC se cuestiona por qué las personas crean sus propios problemas y qué se puede hacer al respecto. Ofrece un método científico de pensamiento racional para ayudar a la gente a disminuir sus problemas emocionales y llevar una vida más plena y satisfactoria. Mantiene una filosofía de vida (que constituye un aspecto central de la TREC), de modo que uno de sus principales objetivos es conseguir un profundo cambio filosófico en los individuos que afecte a sus emociones y conductas tanto presentes como futuras. Pero la TREC no sólo hace hincapié en lo filosófico; incluye también una visión humanista de hombre, aceptándolo de forma incondicional, con sus limitaciones, y centrándose especialmente en sus experiencias y valores, incluyendo su potencial de autorrealización. La TREC se esfuerza en que los individuos adquieran filosofías que resalten el interés por uno mismo, la autodirección de su propio comportamiento, la inclinación por lo social, la tolerancia hacia uno mismo y hacia los demás, la aceptación de la incertidumbre, la flexibilidad, el pensamiento científico, el asumir riesgos y un compromiso con estos intereses vitales. La TREC hipotetiza que si los individuos logran adquirir esta pers-

pectiva filosófica raramente se ocasionarán a sí mismos problemas emocionales, actuales y futuros.

El presente libro trata de ser una presentación breve, sencilla y sistemática de los principios fundamentales de la TREC al alcance no sólo de los profesionales de la salud, sino también del público en general. El primer capítulo sitúa a la TREC dentro del movimiento cognitivo-conductual y describe las similitudes y diferencias con otras terapias cognitivo-conductuales. El capítulo 2 describe el modelo de la TREC y la estructura básica de esta terapia, ofreciendo un visión general de la misma. El capítulo 3 se detiene en cuestiones de evaluación, algo largamente olvidado dentro de la terapia que nos ocupa. Presenta incluso un cuestionario relativamente reciente que refleja los conceptos más actuales de la TREC. El capítulo 4 muestra técnicas específicas de la TREC, incluyendo ayudas prácticas para su utilización con sujetos que están siguiendo esta clase de terapia. El capítulo 5 se dedica a procedimientos adicionales que, ayudándose fundamentalmente de la imaginación, consiguen una mejor aplicación de la TREC. El capítulo 6 indica directrices para llevar a cabo la TREC en un formato grupal. Finalmente, el resto del libro, capítulos 7, 8 y 9, constituyen aplicaciones prácticas a problemas determinados como son la falta de asertividad, la ansiedad, la depresión y las disfunciones sexuales.

Creemos que por medio de este libro los lectores pueden adquirir una idea clara de los principios básicos del modelo actual de la TREC y, si así lo desean, aplicarlo a sus vidas, adoptando una nueva filosofía científica y humanista de su presente y de su futuro.

No querríamos terminar este breve prefacio sin agradecer a Leonor Campo de Lega, a Sally González, a Stella Basurto de García y a William Luhr su colaboración y apoyo en la elaboración de este libro, así como a la editorial Siglo XXI de España que está siempre tan presente en muchos de nuestros proyectos. ¡Muchas gracias a todos ellos!

REFERENCIAS

Caballo, V. E. (dir.) (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos,* vol. 1. Madrid: Siglo XXI.
Ellis, A. y Bernard, M. E. (dirs.) (1985). *Clinical aplications of rational-emotive therapy.* Nueva York: Plenum.
Ellis, A. y Grieger, R. (dirs.) (1977). *Handbook of rational-emotive therapy,* vol. 1. Nueva York: Springer.
Ellis, A. y Grieger, R. (dirs.) (1986). *Handbook of rational-emotive therapy,* vol. 2. Nueva York: Springer.

1. LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL Y LA TREC

I. INTRODUCCIÓN

La terapia cognitivo-conductual es, quizás, el tipo de intervención psicológica que más aplicaciones clínicas tiene hoy día. Numerosos trastornos se están tratando actualmente con esta clase de terapia y el campo de aplicación se va ampliando progresivamente conforme aparecen nuevas investigaciones. Hay aplicaciones específicas para los trastornos por ansiedad, para la depresión, para la esquizofrenia, para las disfunciones sexuales, para el juego patológico, para los trastornos de personalidad, etc. (véase Caballo, 1997 para una revisión de muchos de estos programas de tratamiento). Sin embargo, a pesar de su pujanza actual, no siempre fue así; tuvo que ir abriéndose camino entre las técnicas de la terapia de conducta que la fue acogiendo en su seno poco a poco, a veces con más reticencias que satisfacciones. Además, aunque sus aplicaciones han demostrado ser eficaces en numerosos problemas, no están todavía claros los fundamentos teóricos que subyacen a la aplicación de las técnicas cognitivo-conductuales, en contraste con los principios de la terapia de conducta clásica que provienen de la investigación básica sobre el aprendizaje humano. Sin embargo, los procedimientos y los procesos cognitivos para el cambio de conducta constituyen una característica preponderante en la terapia de conducta actual (véase Caballo, 1991*a*).

Se ha señalado que fueron las ideas de Lang sobre los tres sistemas de respuesta relativamente independientes lo que allanó el camino para la aceptación de las nociones cognitivas dentro del enfoque conductual (Hawton *et al.*, 1989). No obstante, dentro de la tradición conductista hubo teóricos del aprendizaje que adoptaron una posición más cognitivista, dando especial relevancia a la cognición como tema central en el aprendizaje. Así por ejemplo, Tolman (1934) afirmaba que los organismos desarrollaban cogniciones sobre distintos estímulos y que la formación de estas cogniciones constituía el aprendizaje. En general, los

teóricos cognitivos planteaban que el aprendizaje implicaba fundamentalmente la estructuración del campo cognitivo y la percepción de relaciones entre acontecimientos ambientales (p. ej., Kofka, 1935; Lewin, 1942; Tolman, 1934).

Dobson y Block (1988) plantean una serie de factores que confluyeron para hacer posible el desarrollo de la terapia cognitivo-conductual:

1. Insatisfacción con los enfoques no mediacionales, a finales de los años sesenta, para la explicación de toda la conducta humana. Merece mencionarse especialmente el trabajo de Bandura (1965, 1971) sobre el aprendizaje vicario. En este enfoque, el individuo aprende observando a otra persona llevar a cabo una conducta; esta conducta se aprende mejor si luego el que la observa la pone también en práctica, pero no es una condición necesaria.
2. Rechazo del modelo psicodinámico de la personalidad y la terapia. Así, por ejemplo, el primer terapeuta cognitivo-conductual, Albert Ellis, provenía de una tradición psicoanalítica que abandonó debido a su insatisfacción con ella. Igualmente, la revisión de la literatura empírica sobre los modelos psicodinámicos indicaba que los resultados de la psicoterapia tradicional eran más bien pobres (Eysenck, 1969; Rachman y Wilson, 1971).
3. Determinados problemas eran difícilmente abordables por procedimientos no cognitivos (p. ej., las obsesiones). El desarrollo de técnicas cognitivo-conductuales ayudó a llenar ese vacío.
4. La importancia de la investigación de la psicología cognitiva, especialmente los modelos del procesamiento de la información para la cognición. Igualmente, una serie de investigadores realizó investigaciones básicas sobre la mediación cognitiva de constructos clínicamente relevantes, mencionando especialmente a Lazarus en sus estudios sobre los procesos de ansiedad (Lazarus, 1966; Lazarus y Averill, 1972).
5. La destacada presencia en la literatura psicológica de determinados psicólogos que se definían a sí mismos como de orientación cognitivo-conductual (p. ej., Beck, 1967; Ellis, 1962; Mahoney, 1974; Meichenbaum, 1973). La aparición de la revista *Cognitive Therapy and Research* fue también una destacada ayuda para la difusión de esa orientación.
6. La publicación de estudios sobre la eficacia demostrada de los procedimientos cognitivo-conductuales.

II. ¿QUÉ ES LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL?

La terapia cognitivo-conductual es un término genérico que se refiere a las terapias que incorporan tanto intervenciones conductuales (intentos directos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando el comportamiento) como intervenciones cognitivas (intentos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando las evaluaciones y los patrones de pensamiento del individuo). Ambos tipos de intervenciones se basan en la suposición de que un aprendizaje anterior está produciendo actualmente consecuencias desadaptativas y que el propósito de la terapia consiste en reducir el malestar o la conducta no deseados desaprendiendo lo aprendido o proporcionando experiencias de aprendizaje nuevas, más adaptativas (Brewin, 1996).

Las terapias cognitivo-conductuales comparten las siguientes suposiciones (Ingram y Scott, 1990):

a. Los individuos responden a las representaciones cognitivas de los acontecimientos ambientales en vez de a los acontecimientos mismos;
b. El aprendizaje está mediado cognitivamente;
c. La cognición media la disfunción emocional y conductual (la cognición afecta a las emociones y a la conducta y viceversa);
d. Algunas formas de cognición pueden registrarse y evaluarse;
e. La modificación de las cogniciones puede cambiar las emociones y la conducta; y
f. Tanto los procedimientos cognitivos como los conductuales para el cambio son deseables y se pueden integrar en las intervenciones.

Algunas de las principales características de la terapia cognitivo-conductual serían las siguientes (Ingram y Scott, 1990):

1. Las variables cognitivas constituyen importantes mecanismos causales,
2. Los objetivos específicos de algunos procedimientos y técnicas son cognitivos,
3. Se realiza un análisis funcional de las variables que mantienen el trastorno, especialmente de las variables cognitivas,
4. Se emplean estrategias conductuales y cognitivas en el intento de modificar las cogniciones,

5. Se pone un notable énfasis en la verificación empírica,
6. La terapia es de duración breve,
7. La terapia es una colaboración entre terapeuta y paciente, y
8. Los terapeutas cognitivo-conductuales son directivos.

Los psicólogos clínicos cognitivo-conductuales creen que el cambio de los síntomas tiene lugar una vez producido el cambio cognitivo; este último se origina a través de una serie de posibles intervenciones, incluyendo la práctica de nuevas conductas, el análisis de patrones erróneos de pensamiento y la enseñanza de un diálogo con uno mismo más adaptativo (Brewin, 1996), estando relacionado también el mantenimiento posterior de las ganancias con los cambios cognitivos. Sin embargo, a pesar de que existe un consenso cada vez mayor sobre lo anterior, no se conocen con claridad los mecanismos reales que subyacen a la terapia de conducta cognitiva y existe un desacuerdo considerable sobre qué es lo que se ha aprendido exactamente y cómo tiene lugar el cambio.

La posición cognitivo-conductual plantea que la cognición se entiende mejor en términos de *estructuras cognitivas* (la organización interna de la información; p. ej., memoria a corto plazo, memoria a largo plazo, almacenamiento sensorial, etc.), de *contenido cognitivo* (el contenido real que se almacena; p. ej., conocimiento semántico, información generada internamente, creencias almacenadas, etc.), de *procesos cognitivos* (la manera de funcionar del sistema para recibir, almacenar, transformar y gobernar la salida de la información; p. ej., atención, elaboración cognitiva, codificación, recuperación, etc.) y de los *productos cognitivos* (los resultados de la manipulación del sistema cognitivo; p. ej., atribuciones, imágenes, creencias a las que se ha accedido, decisiones, pensamientos, etc.) (Ingram y Kendall, 1986; Kendall y Hammen, 1995). Las estructuras y el contenido cognitivo suelen denominarse conjuntamente "esquemas". Las *deficiencias cognitivas* (p. ej., deficiencias en el procesamiento de la información, como el déficit en la solución de problemas interpersonales) y las *distorsiones cognitivas* (p. ej., percepciones erróneas del ambiente) servirían para explicar el funcionamiento desadaptativo del individuo.

Brewin (1996) indica que se puede distinguir entre cogniciones que son relativamente accesibles a la conciencia, como los *pensamientos automáticos,* y las denominadas cogniciones más profundas, que son menos accesibles, como los "esquemas", suposiciones subyacentes o ideas irracionales nucleares (algo sobre lo que están de acuerdo teóricos como Beck *et al.* [1979], Ellis [1962] y Meichenbaum [1977]). Los *es-*

quemas son reglas generales, inflexibles, o suposiciones silenciosas (creencias, actitudes, conceptos) que, 1) se desarrollan como conceptos duraderos a partir de experiencias (tempranas) pasadas; 2) forman la base para seleccionar, discriminar, sopesar y codificar los estímulos; y 3) forman la base para la categorización, evaluación de experiencias y para hacer juicios y distorsionar las situaciones reales. Los filtros perceptivos del individuo, las visiones de uno mismo, de los demás y del mundo, y los factores que constituyen los fundamentos para evaluar y juzgar, se basan todos en los esquemas. Éstos cumplen las funciones de comparar nuevos objetos o situaciones con el conocimiento anterior que ya se posee (almacenado) y dirigir la búsqueda de más información cuando no encaja con ese conocimiento. Es decir, los esquemas imponen un túnel perceptivo, por así decirlo, sobre la experiencia y cuando la información no encaja con el esquema el sujeto puede buscar nueva información, distorsionar la que le llega o cambiar el esquema (que suele ser lo menos frecuente). La conexión entre los estímulos actuales y la propia y única historia psicosocial se basa en esos esquemas (Granvold, 1994). Se alega que es posible que la gente no tenga acceso directo al conocimiento de los esquemas, aunque una persona puede inferir a veces en qué consisten observando los productos del procesamiento de los mismos.

En esta misma dirección, los psicólogos cognitivos y sociales (p. ej., Epstein, 1994; Nisbett y Wilson, 1977; Possner y Snyder, 1975) han propuesto la existencia de dos sistemas cognitivos con propiedades y funciones diferentes, uno que es automático, queda fuera de la conciencia e implica un procesamiento de la información paralelo y a gran escala, y otro que es más elaborado e implica a la experiencia consciente. Los datos provenientes de numerosas áreas de la psicología apoyan la idea de que la mayoría del procesamiento cognitivo conlleva el potencial de incluir una gran cantidad de información y tiene lugar de forma muy rápida y totalmente ajena a la conciencia. Aunque no nos damos cuenta de esta clase de información, sí lo hacemos de sus productos, bajo la forma, por ejemplo, de pensamientos e imágenes (Brewin, 1996). Esta clase de procesamiento se encuentra muy influido por el aprendizaje anterior y los nuevos estímulos suelen provocar respuestas habituales de una forma relativamente inflexible.

Por el contrario, el procesamiento consciente es lento y premeditado y funciona basándose en una pequeña parte de la información disponible. Al mismo tiempo, es muy adaptable y responde fácilmente a la nueva información, lo que permite una gran flexibilidad de la conducta. Es razonable suponer que la salida *(output)* de ambos tipos de procesa-

miento se encuentra representada en la memoria. Numerosas pruebas experimentales y neuropsicológicas sugieren la existencia de sistemas de memoria implícitos y explícitos, apoyando la idea de que gran parte de la información almacenada en la memoria puede que no sea accesible de forma consciente (Squire *et al.*, 1993, en Brewin, 1996).

Teorías contemporáneas de la emoción (Berkowitz, 1990; Leventhal, 1984) y el condicionamiento (Davey, 1992) adoptan la posición de que las respuestas emocionales pueden ser influidas por asociaciones inconscientes aprendidas provenientes de acontecimientos intensos o repetidos y por el conocimiento consciente relevante (Brewin, 1996). Aplicando un enfoque similar a los procesos de cambio en psicoterapia, Brewin (1989) ha propuesto que el conocimiento de las personas obtenido por medio del amplio procesamiento paralelo inconsciente de sus respuestas a situaciones aversivas, denominado *conocimiento accesible situacionalmente,* se almacena de forma separada al conocimiento adquirido por medio de la experiencia consciente más limitada de esas situaciones y denominado *conocimiento accesible verbalmente.* Mientras que este último puede, en principio, ser encontrado y cuestionado o debatido de modo deliberado, el conocimiento accesible situacionalmente sólo puede encontrarse automáticamente cuando los estímulos ambientales que llegan se corresponden con las características de los recuerdos almacenados. De esta forma, en presencia de recordatorios de los acontecimientos aversivos, una persona podría darse cuenta de la activación automática de emociones, pensamientos, imágenes e impulsos conductuales. Aunque la representación subyacente permanece inaccesible, sus productos se vuelven accesibles a la conciencia y permiten que una persona haga inferencias sobre el material almacenado en la memoria (Brewin, 1996).

III. LAS DISTINTAS TERAPIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES HOY DÍA

Las terapias cognitivo-conductuales incorporan procedimientos conductuales y cognitivos en su aplicación a los distintos problemas. Se han propuesto tres clases principales de terapias cognitivo-conductuales (Mahoney y Arnkoff, 1978):

1. Los métodos de *reestructuración cognitiva,* que suponen que los problemas emocionales son una consecuencia de pensamientos desa-

daptativos y, por lo tanto, sus intervenciones tratan de establecer patrones de pensamiento más adaptativos;

2. Las terapias de *habilidades de afrontamiento,* que tratan de desarrollar un repertorio de habilidades para ayudar al paciente a afrontar una serie de situaciones estresantes; y

3. Las terapias de *solución de problemas,* que constituyen una combinación de los dos tipos anteriores y que se centran en el desarrollo de estrategias generales para tratar con (solucionar) un amplio rango de problemas personales, insistiendo en la importancia de una activa colaboración entre el paciente y el terapeuta.

En el cuadro 1 (adaptado de Dobson y Block, 1988) se presenta la cronología de las terapias cognitivo-conductuales más conocidas en nuestros días.

CUADRO 1. *Algunas de las terapias cognitivo-conductuales más conocidas* (adaptado de Dobson y Block, 1988)

Año de la primera publicación	*Nombre de la terapia*	*Autor(es)*	*Tipo de terapia*
1958	Terapia racional emotivo-conductual	Ellis	RC
1963	Terapia cognitiva	Beck	RC
1971	Entrenamiento en autoinstrucciones	Meichenbaum	RC
1971	Entrenamiento en el manejo de la ansiedad (EMA)	Suinn y Richardson	HA
1971	Terapia de solución de problemas	D'Zurilla y Goldfried	SP
1971	Terapia de solución de problemas	Spivack y Shure	SP
1973	Entrenamiento en inoculación de estrés	Meichenbaum	HA
1974	Reestructuración racional cognitiva	Goldfried	HA
1975	Terapia de conducta racional	Maultsby	RC
1977	Terapia de autocontrol	Rehm	SP
1983	Terapia cognitivo-estructural	Guidano y Liotti	RC
1986	Terapia de valoración cognitiva	Wessler y Hankin-Wessler	RC
1990	Terapia cognitiva centrada en los esquemas	Young	RC

Nota: RC = Terapias de reestructuración cognitiva; HA = Terapias de habilidades de afrontamiento; SP = Terapias de solución de problemas.

Como se puede ver en el cuadro 1, la primera terapia cognitivo-conductual fue propuesta por Ellis en el año 1958 y constituye hoy día una

de las terapias psicológicas más extendidas y utilizadas. Otras terapias son mucho más recientes, como la terapia centrada en los esquemas de Young (1990) y tienen aplicaciones más específicas, al menos en estos momentos.

El presente libro se centra en la ya indicada terapia racional emotiva (la primera de las terapias cognitivo-conductuales en orden cronológico), que actualmente se denomina *terapia racional emotivo-conductual (TREC),* después del reciente cambio de denominación propuesto por Ellis (1993). El resto del libro se dedicará fundamentalmente a esta terapia.

IV. LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVO-CONDUCTUAL (TREC) Y OTRAS TERAPIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES: SIMILITUDES Y DIFERENCIAS

Como ya hemos visto anteriormente, todas las terapias cognitivo-conductuales comparten determinados supuestos comunes, pero también existen entre ellas diferencias más o menos marcadas, dependiendo de las terapias concretas. Seguidamente, nos detendremos en las diferencias más importantes entre la TREC y las demás terapias cognitivo-conductuales consideradas globalmente. Podríamos decir que la TREC *general* (véase más adelante) es sinónimo de la TCC, mientras que la TREC *preferencial* (siendo una forma de la TREC general) diferiría de la TCC en distintos aspectos importantes. Un ejemplo típico de las diferencias entre la TREC y la terapia cognitiva de Beck, lo podemos ver descrito en las siguiente líneas (Davison y Neale, 1996, p. 567):

> En el caso de que uno de los padres se haya deprimido al saber que su hijo/a ha suspendido un examen en la escuela, Ellis diría: «¿y qué pasa si Vd. no es un/a padre/madre apropiado/a? Es irracional deprimirse por ello». Beck, por el contrario, examinaría primero las pruebas de esa conclusión. El suyo es un enfoque más empírico. «¿Qué pruebas hay de que Vd. no es un/a padre/madre apropiado/a?». Si no existen pruebas, este descubrimiento sería terapéutico por sí mismo. Ellis considera que su solución es más completa. *Incluso* si la persona es deficiente como padre/madre, el mundo no se acabará, ya que una persona no necesita ser competente en todo lo que haga. Beck cuestionará, en último término, junto con el paciente, si se tiene que ser competente en todo para sentirse bien consigo mismo, pero quizás no lo haga hasta que las pruebas que se han acumulado sugieran que la persona es un/a padre/madre inadecuado/a.

CUADRO 2. *Diferencias a tres niveles entre la terapia racional emotivo-conductual y las terapias cognitivo-conductuales*

Terapia racional emotivo-conductual	**Terapias cognitivo-conductuales**
Diferencias cognitivas	
Procura conseguir un cambio filosófico profundo	Carecen de una filosofía específica
Mantiene una posición humanista	Aunque pueden mantener una orientación humanista, no es algo intrínseco
Se esfuerza en un cambio emocional y conductual profundo	Supuestamente se centran más en la eliminación de los síntomas
Elimina cualquier evaluación del "sí mismo"	Fomentan la "confianza en uno mismo" y la "autoestima"
Fomenta el empleo del humor como antídoto ante las creencias irracionales	Incluyen el empleo del humor sólo ocasionalmente
Plantea los "tengo que" como la base de las afirmaciones antiempíricas y aboga por el uso de métodos "anti-tengo que" en vez de métodos antiempíricos.	Emplean argumentos empíricos para contrarrestar las percepciones erróneas de la realidad
Fomenta un cuestionamiento activo, que el paciente internaliza, de sus filosofías perturbadas y se ayuda poco de otros métodos cognitivos	Insisten más en otros métodos cognitivos (p. ej., autoverbalizaciones de afrontamiento, distracción cognitiva, etc.)
Se centra más que las TCCs en cambiar la baja tolerancia a la frustración	
Se preocupa más por los síntomas secundarios e incluso terciarios	
Se especializa en la corrección semántica (p. ej., corrección de palabras como "siempre", "nunca", "debería", etc.)	
Es más selectiva en la elección de métodos terapéuticos que la TCC y fomenta el uso de técnicas más potentes (en vivo más que en la imaginación)	

CUADRO 2. *Diferencias a tres niveles entre la terapia racional emotivo-conductual y las terapias cognitivo-conductuales* (continuación)

Terapia racional emotivo-conductual	**Terapias cognitivo-conductuales**
Diferencias emocionales	
Define las emociones "sanas" en función de los objetivos y valores de los pacientes, discriminando entre emociones negativas apropiadas e inapropiadas	Definen las emociones negativas y positivas por sí mismas
Emplea muchos procedimientos selectivos que provocan emociones	
Ofrece un apoyo incondicional al paciente y fomenta una buena relación con él, pero sin llegar al extremo de "sentir amor"	
Emplea una forma enérgica para cuestionar las conductas y filosofías autoderrotistas	Emplean procedimientos más suaves para cambiar los pensamientos disfuncionales
Diferencias conductuales	
No favorece el empleo del refuerzo social en terapia, fomentando las recompensas intrínsecas	
Favorece intervenciones enérgicas inmediatas como el autocastigo o el refuerzo negativo	Favorecen el refuerzo de la conducta
Favorece la utilización de la desensibilización en vivo dentro de las tareas para casa	
Favorece el empleo de la inundación, de la implosión y, en general, de los métodos de exposición en vivo	
El entrenamiento en habilidades sociales se acompaña de un cambio básico en las creencias irracionales de los pacientes	Cuando emplean el entrenamiento en habilidades tienen una menor insistencia filosófica que la TREC

Las diferencias entre la TREC y otras terapias cognitivo-conductuales se pueden describir mejor si se plantean en tres áreas, como son la cognitiva, la conductual y la emocional.

IV.1. *Diferencias cognitivas*

La TREC tiene una forma preestablecida de ver al ser humano, considerándolo como un ente científico capaz de utilizar la lógica y las pruebas empíricas y formular una filosofía básica propia. La tendencia a formular dicha filosofía en forma flexible o rígida constituye el marco de referencia principal para determinar la adaptación o perturbación emocional del individuo. Por esta razón, la TREC procura conseguir un cambio filosófico profundo en el paciente que afecte a sus emociones y conductas presentes y futuras, mientras que otras TCCs no plantean de forma explícita lo importante de esa filosofía específica del sujeto. Así, la TREC intenta ayudar a la gente a comprender y aceptar varias ideas que siguen siendo revolucionarias en nuestra cultura:

a. La gente es quien *genera* principalmente (aunque no exclusivamente) sus propias perturbaciones emocionales al creer profundamente en ideas absolutas, irracionales.
b. Al tener una medida propia de la autodeterminación o "libre albedrío", puede *elegir* de forma activa producirse malestar o no a sí misma.
c. Con el fin de cambiar es mejor que trabaje de forma activa para modificar sus pensamientos, sentimientos y conductas.
d. Si decide modificar profundamente una filosofía importante, puede ayudar a cambiar muchas de sus propias reacciones emocionales y conductuales.
e. Generalmente encontrará que una filosofía de hedonismo a largo plazo es más sana y productora de felicidad que un hedonismo a corto plazo.
f. Es probable que una perspectiva científica, en vez de una acientífica, religiosa o mística, le produzca una mayor satisfacción y salud emocional.

La TREC considera este enfoque filosófico un elemento central, en vez de periférico, como puede suceder con otras terapias cognitivo-conductuales, para el proceso del cambio de la personalidad.

Igualmente, otras terapias cognitivo-conductuales no plantean de forma explícita una orientación humanista, mientras que la TREC, por el contrario, presenta una opinión clara al respecto, manteniendo una posición humanista-existencial que considera que los individuos tienen importancia en este mundo sólo por el hecho de ser humanos y estar vivos, y animando a los pacientes a vivir una vida más autorrealizada. Es decir, no se trata solamente de corregir áreas deficientes, sino también de intentar desarrollar el mayor número posible de potencialidades de la persona.

La TREC no sólo se interesa por la eliminación de los síntomas, sino que busca conseguir un cambio emocional y conductual profundo. Intenta alcanzar una nueva base psicológica que permita a las personas no sólo sentirse mejor o aliviar sus síntomas actuales, sino también lograr un punto de vista totalmente revisado frente a todas las situaciones nuevas, pasadas y futuras. Este planteamiento nuevo les ayudará, en primer lugar, a que se perjudiquen a sí mismos lo menos posible y, si recaen, a que disminuyan otra vez sus perturbaciones. La nueva base psicológica por la que lucha la TREC incluye que las personas adquieran filosofías de interés por uno mismo, el gobierno propio, el interés social, la tolerancia hacia sí mismo y hacia los demás, la aceptación de la incertidumbre, la flexibilidad, el pensamiento científico, el asumir riesgos y el compromiso con los intereses vitales. La TREC plantea que si las personas logran esta clase de perspectiva modificada se crearán pocos problemas "emocionales" presentes y futuros.

La TREC, a diferencia de las TCCs, no fomenta la "confianza en uno mismo" o la "autoestima". Al igual que estas terapias, enfatiza el perjuicio de la autocondena, pero adopta la posición especial de que todas las evaluaciones de uno mismo suelen ser erróneas y de escasa legitimidad, es decir, elimina cualquier evaluación de sí mismo y fomenta en su lugar la *autoaceptación*. Mantiene que, aunque los individuos tienen una fuerte tendencia biológica y social a evaluarse a sí mismos, así como a sus hechos y actuaciones, pueden aprender a omitir la parte primera y conservar el segundo tipo de evaluación. Es decir, pueden plantear objetivos y valores y evaluar sólo lo que hacen en función de si les ayuda a alcanzar estos objetivos, sin ofrecer una evaluación global de "sí mismos" por el logro, o la falta de él, de dichos objetivos.

La TREC postula que casi todas las perturbaciones neuróticas provienen de tomarse las cosas demasiado en serio y afirma que uno de los principales antídotos de esta clase de pensamiento irracional es el empleo terapéutico del sentido del humor. Ataca de forma humorística algunas de las creencias del paciente, pero no a éste.

La TREC plantea que la mayoría de las afirmaciones antiempíricas que hacen que la gente se cause perturbaciones a sí misma proviene de los "tengo que" manifiestos y encubiertos. Estos "tengo que" se encuentran en la base de las afirmaciones antiempíricas y poco realistas de los pacientes, afirmaciones que también plantean otras TCCs, pero la TREC es más "profunda" o más "radical" en los procedimientos de cuestionamiento que emplea.

La TREC emplea muchos de los métodos cognitivos utilizados por las otras TCCs (p. ej., autoverbalizaciones de afrontamiento, la distracción cognitiva, la detención del pensamiento, la solución de problemas, etc.). Sin embargo, se especializa más que la TCC en dos clases de cuestionamiento: 1) el terapeuta cuestiona vigorosamente el pensamiento irracional del paciente, y 2) el terapeuta enseña a los pacientes a hacer su propio debate consigo mismos, de modo que lo internalicen. Además utiliza profusamente el diálogo socrático. Aunque, como ya hemos señalado, emplea los mismos métodos cognitivos utilizados por otras terapias, lo hace con precaución y generalmente como algo añadido a los métodos filosóficos más profundos de la TREC.

La TCC se concentra más en la solución de problemas prácticos, mientras que la TREC se centra más a menudo en solucionar el problema emocional sobre el problema práctico y en ayudar al paciente con el problema original. La TCC emplea de forma importante el procedimiento de la solución de problemas, mientras que la TREC lo desaconseja en el elemento A de la ecuación A-B-C hasta que se cambie el elemento B. Igualmente, se centra más en modificar la baja tolerancia a la frustación que las otras TCCs y se preocupa más que la TCC en los síntomas secundarios e incluso terciarios (p. ej., sentir ansiedad por estar ansioso).

La TREC se especializa en la corrección semántica (modificación de palabras como "siempre" o "nunca", "deberías", "tendrías que", etc.) mientras que la TCC no lo suele hacer. Lo mismo que sucede con la TCC, la TREC es muy ecléctica en sus métodos de tratamiento y aunque favorece la cognición, también fomenta el cambio de personalidad por medio de métodos emotivos y conductuales: reconoce que si la gente se obliga a actuar y/o sentir de forma diferente, frecuentemente producirá un cambio cognitivo. Favorece la desensibilización en vivo, la exposición y la implosión, en las tareas para casa, como productoras de cambios filosóficos más profundos y duraderos que la desensibilización gradual y/o en la imaginación.

Minimiza el uso de técnicas místicas, religiosas y transpersonales, porque interfieren con actitudes científicas, abiertas y flexibles, un as-

pecto característico de la salud mental, según la TREC. Por lo tanto, esta última es más selectiva que la TCC en la elección de métodos terapéuticos.

IV.2. *Diferencias emocionales*

La TREC casi constantemente emplea métodos emocionales y conductuales de psicoterapia, de forma más selectiva que la TCC. Define las emociones sanas en función de los objetivos y valores de los pacientes y no de forma abstracta por derecho propio. Así, la TCC piensa en la depresión como una tristeza extrema y considera a ambas como síntomas dañinos. Pero la TREC ve que la gente deprimida exige que su tristeza extrema no "tiene que" existir y, por consiguiente, hace que ella misma se deprima de forma poco saludable. Por consiguiente, le ayuda a permanecer constructivamente triste, con pena, pero a renunciar a sus sentimientos poco constructivos, autoderrotistas, de depresión.

Lo mismo que la TCC, la TREC emplea muchos ejercicios provocadores de emociones que proporcionan a los pacientes la oportunidad de reconocer, ponerse en contacto con, elaborar y cambiar sus sentimientos de emociones negativas poco sanas a emociones negativas más sanas. Crea y usa más que la TCC técnicas de encuentro y de maratón. Evita muchos procedimientos emocionales, como los reichianos, los bioenergéticos, que algunas TCCs utilizan, porque a veces fomentan aspectos que la TREC considera poco saludables, como la ira y la "autoestima".

La TREC fomenta la relación con los pacientes mientras que también les *enseña* una filosofía de la autoaceptación. Intenta establecer una buena relación con el paciente, pero que no llegue tan lejos que manifieste amor hacia él. Debido a que postula que los humanos están en gran medida predispuestos biológicamente a perjudicarse a sí mismos y a perpetuar sus propios pensamientos, emociones y comportamientos disfuncionales, y que es muy difícil cambiar y mantener el cambio de las reacciones emocionales autoderrotistas, la TREC mantiene que a menudo es importante que los terapeutas sean enérgicos y muestren a sus pacientes cómo cuestionar con vigor sus conductas y filosofías autoderrotistas. Por consiguiente, emplea fuertes afirmaciones racionales de afrontamiento que tienen una sólida carga emocional y emplea ejercicios dramáticos, como los famosos ejercicios para atacar la vergüenza, con el fin de provocar en muchos pacientes una inundación de sentimientos que pueden ser terapéuticamente útiles. En estos ejercicios se

anima a los pacientes a que hagan actos tontos o que provoquen "vergüenza" en público y trabajan en la dirección de no rebajarse a sí mismos al ser criticados por hacerlos. La TCC emplea menos a menudo esos ejercicios y lo hace sobre una base pragmática, más que teórica.

IV.3. *Diferencias conductuales*

La TREC utiliza técnicas de condicionamiento operante, pero es escéptica sobre la eficacia del refuerzo social. La gente muchas veces hace las cosas "correctas" por razones incorrectas. La TREC es una de las pocas terapias de conducta que intenta conscientemente ayudar a los pacientes a adquirir una posición filosófica que les haga, al menos en parte, no dependientes y no conformistas. Es preferible que los individuos sean menos condicionables por influencias externas y más autocondicionables y ejerciendo el control por sí mismos.

Favorece las intervenciones emotivo-conductuales enérgicas, como el darse a sí mismos castigos inmediatos cuando realizan actividades disfuncionales. Mientras que la TCC suele enfatizar el refuerzo de la conducta, la TREC propone de forma también más frecuente el autocastigo.

La TREC utiliza más la desensibilización en vivo como tarea para casa que la TCC. Además, favorece más que la TCC el empleo de la inundación, de los métodos de exposición y de la terapia implosiva.

Tanto la TREC como la TCC utilizan muchos procedimientos de entrenamiento en habilidades, pero la TREC también indica la limitación de dichos procedimientos cuando se emplean sin incluir un cambio básico de las creencias irracionales de los pacientes. La TREC enfatiza más el aspecto filosófico a este respecto que otros psicólogos que practican la TCC.

En las páginas que siguen nos dedicaremos a presentar los conceptos teóricos fundamentales de la TREC, la puesta en práctica de esta estrategia de tratamiento y algunos ejemplos de aplicaciones de la misma.

2. ASPECTOS TEÓRICOS GENERALES DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVO-CONDUCTUAL

I. INTRODUCCIÓN

La *terapia racional emotivo-conductual (TREC)* fue formulada inicialmente por Albert Ellis durante el Congreso de la American Psychological Association en Chicago, Estados Unidos, en 1956, bajo el nombre de *terapia racional.* De dicha presentación, proviene la siguiente cita:

El marco de referencia teórico de la terapia racional [actualmente terapia racional emotivo-conductual] está basado en la premisa de que el pensamiento y las emociones de los seres humanos no son dos procesos diferentes, sino que se yuxtaponen de forma significativa y que, desde el punto de vista práctico, en algunos aspectos son, esencialmente, la misma cosa. Esto es equivalente al caso de otros dos procesos básicos, sensación y movimiento, interrelacionados de forma tal que nunca pueden separarse totalmente el uno del otro. En otras palabras, ninguna de las cuatro funciones básicas (sentir sensaciones, moverse, sentir emociones y pensar) se experimenta en forma aislada. Por ejemplo, si un individuo ve una vara de madera (sensación visual) suele, al mismo tiempo, pensar algo sobre ella («la he visto antes, puedo hacer esto o aquello con ella»), sentir algo hacia ella («me gusta o me disgusta») y hacer algo con ella (recogerla, pegarla una patada, apartarla). Es decir, que si la persona actúa, siente emociones o piensa, no lo hace aisladamente sino que, consciente o inconscientemente, involucra también a los otros componentes [...].

Todos estos procesos son complejos e interrelacionados [...]. Como tales, las emociones pueden definirse como formas de comportamiento complejas, relacionadas de forma integral con los procesos sensoriomotores y con los pensamientos, [...] sin causas o consecuencias únicas [...]. Podría decirse, entonces, que las emociones provienen de tres fuentes o vías principales: (a) de procesos sensoriomotores, (b) de la estimulación biofísica de los tejidos del sistema ner-

---

Parte de este capítulo proviene de L. Lega (1991), «La terapia racional emotiva», en V. E. Caballo (dir.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta,* Madrid: Siglo XXI. Incluye también segmentos provenientes de A. Ellis (1994), *Reason and emotion in psychotherapy,* Nueva York: Birch Lane.

Psicología

vioso autónomo, del hipotálamo y de otros centros subcorticales y (c) de pensamientos o procesos cognitivos [...]. Teóricamente, las emociones podrían, a su vez, ser controladas de cuatro maneras: (a) por medios eléctricos o bioquímicos, como los choques eléctricos o las drogas estimulantes o tranquilizantes, (b) utilizando el sistema sensoriomotor propio, como hacer ejercicios de resistencia física o de yoga, (c) usando como factores motivadores de cambio los propios prejuicios o los estados emocionales ya existentes, como el amor a los padres o el afecto hacia el terapeuta, y (d) utilizando los procesos cerebrales propios, como el pensar, reflexionar, o decirse a sí mismo que debe calmarse o animarse [...].

A todo esto debe añadirse el papel que desempeñan las evaluaciones en las emociones de los seres humanos. Las evaluaciones son percepciones que el individuo tiene de una cosa o situación como "buena" o "mala" y que le llevan a comportarse o a responder hacia ella de forma positiva o negativa [...]. Las evaluaciones involucran tanto las percepciones como las respuestas o comportamientos de dicho individuo, creando un circuito cerrado de retroalimentación donde: (a) la percepción prejuicia la respuesta, (b) la respuesta, a su vez, tiende a prejuiciar las percepciones posteriores, (c) de la misma forma, las percepciones anteriores parecen influenciar las percepciones subsiguientes y (d) las respuestas anteriores también parecen prejuiciar los comportamientos subsiguientes [...]. Las evaluaciones parecen ser parte fundamental de la capacidad humana para sobrevivir [...]. Las personas sienten emociones cuando evalúan un estímulo como "bueno" o "malo", como "beneficioso" o "dañino", y reaccionan hacia él en forma positiva o negativa. Las emociones parecen generar, en gran parte de los casos, ciertas sensaciones físicas agradables o desagradables, que al ser percibidas por el individuo como tales, refuerzan de modo equivalente las emociones iniciales. Por consiguiente, podría decirse que las emociones son, simplemente, evaluaciones que van acompañadas de una sensación física fuerte, mientras que las llamadas actitudes no emocionales podrían ser evaluaciones con un componente físico muy débil, casi inexistente [...].

Es importante diferenciar entre los sentimientos inmediatos e irreflexivos y las emociones y actitudes sostenidas por un tiempo determinado. Aunque todos tienen en común el derivarse de la pregunta «¿Qué significa este acontecimiento para mí?», e incluyen tendencias a actuar en favor o en contra, las emociones sostenidas parecen mucho más meditadas que las impulsivas y, por consiguiente, podrían tener una mayor orientación o influencia filosófica. Por ejemplo, la ira inmediata e irreflexiva depende, en cierto grado, de la visión del mundo de quien la experimenta, pero mucho más de su tendencia casi instintiva a la autopreservación. Sin embargo, la ira sostenida y meditada parece depender mucho más fuertemente de las actitudes filosóficas del individuo que de su tendencia a la autopreservación. Éstos son sentimientos o emociones con poco elemento sensorial inmediato y mucho componente filosófico, los de mayor interés terapéutico, ya que son los que se conocen como perturbación emocional.

La TREC se basa en la idea de que tanto las emociones como las conductas son producto de las creencias de un individuo, de su interpretación de la realidad (Ellis, 1962). Por esta razón, la meta primordial de la TREC es asistir al paciente en la identificación de sus pensamientos "irracionales" o disfuncionales y ayudarle a reemplazar dichos pensamientos por otros más "racionales" o eficientes, que le permitan lograr con más eficacia metas de tipo personal como ser feliz, establecer relaciones con otras personas, etc. (Ellis y Becker, 1982). La TREC examina, además de las inferencias sobre uno mismo, sobre los demás y sobre el mundo en general, la filosofía básica del individuo, en la cual se basan estas inferencias (Ellis y Dryden, 1987).

El modelo ABC para la TREC es publicado por primera vez en 1958 (Ellis, 1958*a*) y ampliado en 1984 (Ellis, 1984*a*), como respuesta a una creciente necesidad de mayor elaboración y de una delineación más precisa de dicho modelo (Bernard, 1980; Wessler, 1984; Wessler y Wessler, 1980). En la formulación de la TREC han intervenido factores teóricos provenientes del amplio bagaje filosófico de su autor y se discuten con detalle en la sección correspondiente de este capítulo. Su última revisión ha tenido lugar en 1994 (Ellis, 1994).

II. DESCRIPCIÓN DEL MODELO TERAPÉUTICO

El marco filosófico general de la TREC se basa primordialmente en la premisa estoica de que «la perturbación emocional no es creada por las situaciones sino por las interpretaciones de esas situaciones» (Epicteto, siglo I d.C.). Por consiguiente, el modelo ABC utilizado por la TREC para explicar los problemas emocionales y determinar la intervención terapéutica para ayudar a resolverlos, tiene como eje principal la forma de pensar del individuo, la manera como el paciente interpreta su ambiente y sus circunstancias, y las creencias que ha desarrollado sobre sí mismo, sobre otras personas y sobre el mundo en general (Ellis, 1975). Si estas interpretaciones o creencias son ilógicas, poco empíricas y dificultan la obtención de las metas establecidas por el individuo, reciben el nombre de "irracionales". Esto no significa que la persona no razone, sino que razona mal, ya que llega a conclusiones erróneas. Si, por el contrario, las interpretaciones o inferencias del individuo están basadas en datos empíricos y en una secuencia científica y lógica entre premisas y conclusiones, sus creencias son racionales, ya que el razonamiento es correcto y la

filosofía básica de esa persona es funcional (Ellis, 1982; Ellis y Becker, 1982).

La TREC supone que existen dos tendencias básicas, naturales, podría decirse biológicas, en el ser humano: una de ellas es la facilidad con que las personas, no importa lo racionalmente que hayan sido educadas, a menudo tienden a polarizar rápidamente sus deseos personales o sociales hasta exigencias rígidas y absolutistas. La otra es que las personas tienen el potencial para desarrollar la habilidad de identificar, cuestionar o debatir y cambiar dichas exigencias, si así lo desean.

Por esa razón, este modelo terapéutico hace responsable al paciente de su forma de pensar, sentir y comportarse, y no a su pasado o a otras personas. Vale la pena mencionar que no es que pasemos por alto la importancia del medio ambiente en el aprendizaje, ni que cuestionemos su influencia en la adquisición de ideas y emociones inapropiadas. Sin embargo, se rechaza el concepto de que, debido a su pasado, la persona está condenada a pensar, actuar y sentir de manera irracional, sin que tenga ningún control sobre ello, ni la esperanza de poder modificarlo por un largo período de tiempo. El cambio y la velocidad con la que ocurra depende, en su mayoría, del trabajo y esfuerzo del paciente. Como veremos en capítulos posteriores, a veces, aunque parezca contradictorio, el paciente encuentra ventajas a corto plazo en el mantenimiento de su propia patología y rehúsa aceptar las desventajas a largo plazo.

Examinemos el siguiente ejemplo: «¡Eso me irrita!», «¡Él/ella me saca de quicio!» son frases comunes. Sin embargo, tiene muy poca validez lógica y empírica. Es el individuo quien se irrita a sí mismo como consecuencia de su forma de interpretar la conducta de la otra persona como: 1) ofensiva, 2) capaz de comprometer la sensación de bienestar propio, 3) amenazante, 4) prueba de la poca calidad humana de quien actúa así, etc. No sería ése el caso, si la misma persona hubiese pensado que el otro: 1) está loco, 2) tiene derecho a su propia opinión, 3) puede actuar de forma estúpida sin que eso quiera decir que es estúpido y despreciable, etc. Probablemente hubiese sentido desagrado e irritación, pero no ira. A corto plazo, el pensar irracionalmente tendría la ventaja de colocar la responsabilidad de encuentros desagradables en el otro. Sin embargo, a largo plazo podría llevar a sentimientos de desesperanza y depresión, como consecuencia de verse a uno mismo incapaz de ejercer ningún control sobre su propia vida.

Existe la falsa creencia de que la TREC entrena a los pacientes para que reaccionen casi como "robots" racionales, los cuales no sienten mu-

cho ni experimentan emociones muy fuertes. Existe también el error de creer que las personas "sanas" no sienten emociones negativas, pues éstas serían inapropiadas e irracionales. Ambas ideas son erróneas. No hay nada malo en ser "emocional", si se es consciente de que es uno mismo quien tiene la responsabilidad sobre sus propios sentimientos, o en experimentar emociones negativas apropiadas y funcionales, como la tristeza o el disgusto ante algún contratiempo, pues pueden servir como factores que motiven al individuo a afrontar y tratar de solucionar las situaciones problemáticas. Por lo general, las emociones negativas apropiadas y racionales no llevan a las personas a destruirse o herirse a sí mismas o a otros individuos, están relacionadas con pérdidas reales, suelen ayudar al individuo a actuar mejor en el futuro, y se derivan de preferencias en lugar de exigencias. Las emociones inapropiadas, por el contrario, son exageradas y desproporcionadas al acontecimiento en el que ocurren, dificultan la actuación de la persona, ya que ésta se da por vencida o actúa de forma destructiva, y son producto de exigencias absolutistas y rígidas.

El modelo ABC se considera dentro de la TREC como un amplio marco de referencia donde se pueden conceptualizar los problemas psicológicos de los pacientes. El modelo ABC de la TREC funciona de la siguiente manera:

El *acontecimiento activante* o "**A**" es interpretado por el individuo, quien desarrolla una serie de *creencias* ["Beliefs"] (**B**s) sobre el mismo. A partir de esas creencias se desarrolla la "**C**" o *consecuencias,* que resultaría de la *interpretación* (o creencias) que el individuo hace de "A". Las consecuencias pueden ser "emocionales", "**Ce**", y/o "conductuales", "**Cc**". Si las creencias son funcionales, lógicas y empíricas, se consideran "racionales" (**rB**). Si, por el contrario, dificultan el funcionamiento eficaz del individuo, son "irracionales", (**iB**). Según el ABC, el método principal para reemplazar una creencia irracional (**iB**) por una racional (**rB**) se denomina *refutación, cuestionamiento* o *debate* (**D**) y es, básicamente, una adaptación del método científico a la vida cotidiana, método por medio del cual se cuestionan hipótesis y teorías para determinar su validez. En la figura 1 se representa gráficamente el modelo ABC, junto con el cuestionamiento o debate (**D**) y los efectos (**E**) que éste tiene sobre el paciente, con lo que se considerarían realmente los factores A-B-C-D-E [Ellis, 1987; Ellis y Becker, 1982; Ellis y Harper, 1961, 1975].

Un aspecto singular de la TREC es que se centra no sólo en la estructura ABC de la perturbación emocional, sino también en la capacidad del/a paciente para perturbarse por encontrarse perturbado *(perturba-*

FIGURA 1. *Modelo ABC de la terapia racional emotivo-conductual*

A **A**contecimientos activantes

Descripción de la situación problemática:
Qué sucedió
Cómo percibió el paciente lo que sucedió

B Creencias (**B**eliefs), Ideas, *Evaluaciones,* Interpretaciones de **A**

(rB) Creencias funcionales, lógicas, empíricas

(iB) Las creencias disfuncionales dificultan el funcionamiento eficaz; se da un pensamiento dogmático y

C **C**onsecuencias de las creencias sobre **A**

(Ced) Consecuencias emocionales deseables

(Ccd) Consecuencias conductuales deseables

(Cei) Consecuencias emocionales indeseables

(Cci) Consecuencias conductuales indeseables

D **D**ebate o cuestionamiento de las creencias irracionales

(Ecg) *Estrategias cognitivas*
Preguntas para el cuestionamiento:
Lógicas
De comprobación de la realidad
Pragmáticas
Otras

(Ee) *Estrategias emocionales*
Cuestionamiento por medio de la imaginación:
Imaginación racional emotiva negativa
Imaginación racional emotiva positiva

(Ec) *Estrategias conductuales*
Cuestionamiento por medio de conductas:
Conductas opuestas a las ideas irracionales
Ensayo de conducta
Inversión del papel racional

E **E**fectos del debate o cuestionamiento de las creencias irracionales

(Efcg) *Efectos cognitivos*
(Creencias racionales)

(Efe) *Efectos emocionales*
(Sentimientos apropiados)

(Efc) *Efectos conductuales*
(Conductas deseables)

ción secundaria). Las emociones o conductas que se clasificarían en el apartado C a menudo se convierten en nuevas A. Básicamente, los pacientes se observan a sí mismos comportándose de forma incompetente y entonces se "degradan" por su ineptitud. La figura 2 muestra gráficamente este proceso.

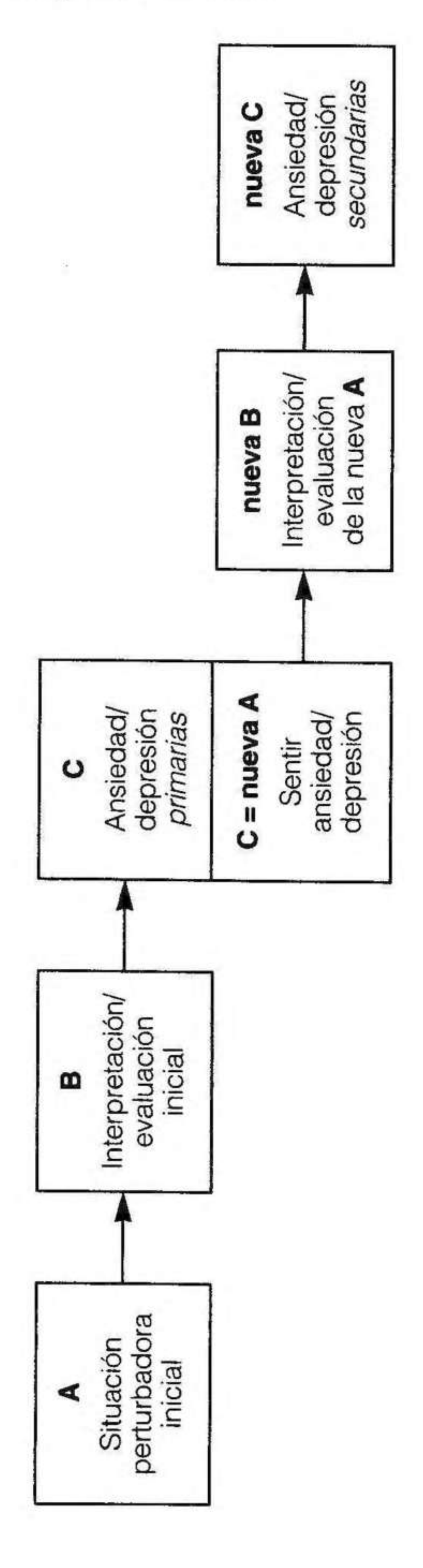
Como se puede ver en la figura 2, el acontecimiento activante inicial (A) es interpretado/evaluado en un primer momento (B), lo que conduce a una serie de consecuencias que, por poner un ejemplo, podría ser la ansiedad o la depresión (C). El sentir ansiedad o depresión constituye un nuevo acontecimiento activante (nueva A) interpretado o evaluado por el sujeto (nueva B), lo que produce nuevas consecuencias (nueva C) bajo la forma, siguiendo el ejemplo propuesto, de más ansiedad o más depresión. Es frecuente observar cómo los pacientes se ponen ansiosos ante sus ataques de ansiedad, o se deprimen por estar deprimidos, o se enfadan por tener ataques de ira. Es decir, se causan problemas por tener problemas. La TREC se refiere a ellos como "problemas emocionales secundarios". Con frecuencia es importante abordar en primer lugar estos síntomas secundarios con el fin de poder trabajar más eficazmente con el modelo ABC.

II.1. *Profundizando en el modelo ABC de la TREC*

El modelo ABC de la TREC habla de una "A" o acontecimientos activantes, de una "B" o creencias irracionales y de una "C" o consecuencias. Seguidamente nos detendremos un poco más en cada uno de estos aspectos esenciales del ABC.

LOS ACONTECIMIENTOS ACTIVANTES O LAS A. Cuando los pacientes describen un acontecimiento perturbador en sus vidas, el terapeuta puede pensar que dicho acontecimiento contiene tres elementos: 1) qué sucedió, 2) cómo *percibió* el paciente lo que sucedió, y 3) cómo *evaluó* el paciente lo que sucedió. Los primeros dos elementos son aspectos de la A, el acontecimiento activante; el último se refiere al sistema de creencias del paciente. La TREC hace una distinción entre la realidad objetiva y la realidad percibida. La *realidad percibida* es la realidad conforme la describen los pacientes y como supuestamente creen que es. La *realidad confirmable* se refiere al consenso social de lo que sucedió. Si fuera posible que muchos observadores hubieran sido testigos del mismo acontecimiento y si lo describieran de la misma forma, entonces hubiéramos

FIGURA 2. *Síntomas perturbadores secundarios en el* ABC



obtenido una realidad confirmable. Otra distinción que hace la TREC es entre dos tipos de cogniciones. La realidad percibida conlleva las *cogniciones descriptivas* de los pacientes sobre lo que perciben del mundo. Las creencias racionales e irracionales son *cogniciones evaluativas* sobre descripciones de la realidad. La gente utiliza el término "creencia" o "creer" para referirse tanto a cogniciones descriptivas como a cogniciones inferenciales y a cogniciones evaluativas. Por ejemplo, «Creo que Elena está evitando mirarme» (creencia descriptiva), «Creo que Elena no me mira porque está molesta conmigo» (creencia inferencial), «Es terrible que Elena esté molesta conmigo» (creencia evaluativa). Cuando emplea el término "creencia", la TREC suele referirse a las cogniciones evaluativas, es decir, a creencias racionales e irracionales. Una cuestión a señalar es que la percepción por parte del paciente del acontecimiento activante no causa por sí misma reacciones emocionales molestas. Son las creencias evaluativas irracionales las que producen los problemas emocionales.

Los pacientes normalmente acuden a terapia porque tienen algún tipo de problema (C) y creen que esto se debe a algún acontecimiento (A). Generalmente los pacientes tienen pocas dificultades para describir A y a menudo quieren pasar mucho tiempo compartiendo los detalles del acontecimiento con el terapeuta. Sin embargo, no es necesario detalles muy precisos de A puesto que el centro de atención de la terapia se encontrará en B, el sistema de creencias ("**B**eliefs"). Además, las A históricas no pueden cambiarse nunca; sólo las evaluaciones del/a paciente sobre ellas se encuentran disponibles para discusión.

LAS CONSECUENCIAS O LAS C. Los pacientes acuden normalmente a terapia porque se sienten mal, porque tienen problemas emocionales. Los pacientes no llegan a terapia para hablar o para librarse de sus irracionalidades. Es la C, la Consecuencia emocional, lo que habitualmente hace que los pacientes acudan al terapeuta. Hay pacientes que pueden explicar claramente sus emociones sobre ciertos **A**contecimientos activantes. De hecho, no es raro que los pacientes empiecen las sesiones describiendo sus sentimientos. Si el paciente no expresa sus emociones, entonces el terapeuta de la TREC hará preguntas. Así, después de que el paciente ha descrito el acontecimiento activante, el terapeuta preguntará normalmente, «¿y cómo se siente?». Hay también varias maneras de inferir la presencia de ciertos estados emocionales: 1) empleando señales del comportamiento del paciente, 2) entendiendo las consecuencias emocionales típicas de las situaciones frecuentes de la vidad real, y

3) por medio de la deducción a partir de la teoría racional emotivo-conductual, de modo que si se conoce el sistema de creencias del paciente se puede inferir una emoción específica.

No obstante, hay que indicar que no todas las emociones son inapropiadas o constituyen objetivos para el cambio. La teoría de la TREC no dice que las emociones sean indeseables; de hecho, son parte de la salsa de la vida. La distinción que el terapeuta de la TREC hace es entre emociones que sirven de ayuda y aquellas que son dañinas. Una emoción dañina obstaculiza la capacidad de los pacientes en su intento de alcanzar sus objetivos, de disfrutar, y puede tener como resultado un comportamiento autodegradante. Igualmente, algunas emociones son dañinas fisiológicamente —como la ansiedad, que puede producir trastornos psicosomáticos. De este modo, aunque es muy apropiado que un paciente se sienta triste cuando tiene una pérdida, si la tristeza se prolonga mucho o es muy debilitante, entonces se convierte en un objetivo potencial para la intervención terapéutica. En un momento determinado diríamos que es más que una emoción negativa, es decir, es una emoción negativa perturbadora.

Aunque la discriminación entre las emociones perturbadoras y no perturbadoras es uno de los aspectos más útiles de la teoría de la TREC, es también uno de los más problemáticos debido a la dificultad para establecer una definición operacional de estos términos. Pero incluso así, la distinción entre Cs perturbadoras y no perturbadoras puede servir para plantear un objetivo claro de la terapia: trasformar el sufrimiento en emociones que, aunque negativas, sean apropiadas y adaptativas. Algunas palabras que definen emociones apropiadas y perturbadoras son las siguientes:

Emociones apropiadas: Preocupación, tristeza, enfado, remordimiento, pesar, frustración.

Emociones perturbadoras: Ansiedad, depresión, ira clínica, culpa, vergüenza.

Una vez que los pacientes han reconocido e identificado correctamente la emoción perturbadora, tienen que tomar una decisión: ¿quieren seguir manteniendo o quieren cambiar esta emoción? Los pacientes pueden decidir, al menos durante algunos días, permanecer perturbados en vez de realizar el duro trabajo de cuestionamiento que pide la TREC. Pueden decir: «Así soy yo y no puedo cambiar» o «Me es más recompensante [o fácil] estar perturbado». Una vez que se han identificado estas hipótesis pueden cuestionarse quizás pidiendo a los pacientes

que realicen un experimento que les permita comprobar su impresión: «¿Es verdad que no puedes cambiar o que es más fácil estar perturbado?». Lo que hay que recordar es que puede haber muchas razones por las que el paciente es reacio a cambiar C. Si no quiere cambiar C, no puede tener lugar la TREC.

LAS CREENCIAS O LAS B. Hay dos clases de sistemas de creencias, creencias racionales (rB) y creencias irracionales (iB). Ambas son *evaluaciones* de la realidad, no descripciones o predicciones de ella. La gente es capaz de tener ambos tipos de pensamientos al mismo tiempo. Una tarea de la terapia es ayudar a los pacientes a discriminar entre rBs e iBs y pedirles que cuestionen sus iBs y las reemplacen por filosofías más racionales. ¿Cómo se diferencian los pensamientos racionales de los irracionales? Podemos decir que algunas de las características de las creencias irracionales son las siguientes: a) Son inconsistentes en su lógica, b) Son inconsistentes con la realidad empírica, c) Son absolutistas y dogmáticas, d) Producen emociones perturbadoras, y e) No nos ayudan a conseguir nuestros objetivos. En el cuadro 5 (véase el siguiente capítulo) se describen algunas pautas para reconocer las ideas irracionales.

Ellis sugiere que para discriminar las creencias irracionales podríamos buscar los "debería" y los "tendría que". Aunque estas palabras clave pueden ser realmente indicios de una filosofía absolutista y exigente, a menudo se utilizan de forma inocua. Un error frecuente cometido por los terapeutas de la TREC recién entrenados es suponer que todas las expresiones de palabras como "debería", "tendría que", "debo", "tengo que", representan una exigencia. Estas palabras tienen distintos significados en la forma de predicciones, consejos, frases condicionales, etc. La definición problemática se da cuando representa un *imperativo* —como si fuera un dogma moral— implicando que "tiene que" ocurrir necesariamente un acontecimiento. El terapeuta deberá hacer la discriminación de si la expresión conlleva un significado absolutista, atendiendo al contexto del paciente y a su estado emocional.

II.2. *La estructura básica de la* TREC

Son varios los factores principales que parecen "causar" la perturbación emocional, los cuales, a menudo, se incluyen parcialmente uno en el otro o reciben rótulos diferentes, dependiendo del modelo teórico que se utilice para describirlos. Podemos hablar de tres niveles básicos de

conciencia cognitiva, que son importantes para comprender los problemas de los pacientes. Algunos de los niveles son más difíciles de recuperar y modificar que otros. Los más cercanos a la conciencia son los pensamientos o fragmentos de pensamiento a los que Beck (1976) se ha referido como *pensamientos automáticos*. Se encuentran en el flujo de nuestra conciencia y los pacientes pueden informar fácilmente de estos pensamientos después de un momento de reflexión. El tipo de preguntas que más frecuentemente enfoca la atención de los pacientes hacia esos pensamientos es: «¿Qué se está diciendo a sí mismo?» o «¿Qué se dijo a sí mismo cuando sucedió X?».

Las *inferencias* y las *atribuciones* que hacemos sobre nuestras observaciones y pensamientos automáticos se encuentran en el mismo flujo de conciencia y, de nuevo, pueden descubrirse fácilmente por medio de una pregunta directa. El terapeuta podría preguntar, por ejemplo, «¿Qué pensó que significaba?» o «¿Qué infirió de eso?».

Las *cogniciones evaluativas*, especialmente las disfuncionales asociadas con la perturbación emocional, normalmente son menos obvias para el paciente, ya que la evaluación a menudo se asume en silencio.

Las *creencias irracionales nucleares* son más difíciles de descubrir; son reglas de vida o filosofías básicas que no nos damos cuenta que están funcionando hasta que son activadas por un cambio, como un acontecimiento vital estresante, un trastorno emocional importante, etc. En la terapia cognitivo-conductual estas creencias centrales se conocen como "estructuras subyacentes de creencias" o "esquemas".

De acuerdo con la TREC, el elemento principal del trastorno psicológico se encuentra en la *evaluación* irracional, poco funcional, que hace el individuo sobre sí mismo, los demás y el mundo que le rodea. Dicha evaluación se conceptualiza a través de *exigencias* absolutistas, de los "debo" y "tengo que" dogmáticos sobre uno mismo, los otros o la vida en general, en vez de concepciones de tipo probabilista o preferencial, en las cuales el sujeto crea expectativas pero no les añade una característica de dogma. Los "debo" y "tengo que" dogmáticos y absolutistas del pensamiento de un individuo sólo sirven para sabotear o dañar sus propósitos y objetivos básicos, ya que generan emociones y conductas que bloquean o dificultan la obtención de los mismos.

La TREC postula que dichos "tengo que"/"debo" pueden agruparse en tres áreas principales (que sería una especie de condensación de las numerosas ideas irracionales propuestas por Ellis, véase cuadro 3): *Área 1:* «Tengo que actuar/funcionar muy bien/perfectamente», lo que causa frecuentemente sentimientos de depresión, ansiedad y culpa; *Área 2:*

CUADRO 3. *Las principales creencias irracionales propuestas por Ellis en un modelo anterior de la TREC*

1. *Tengo que* ser amado/a y aceptado/a por toda la gente que sea importante para mí.
2. *Tengo que* ser totalmente competente, adecuado/a y capaz de lograr cualquier cosa o, al menos, ser competente o con talento en algún área importante.
3. Cuando la gente actúa de manera ofensiva e injusta, *deben* ser culpabilizados y condenados por ello, y ser considerados como individuos viles, malvados e infames.
4. Es *tremendo* y *catastrófico* cuando las cosas no van por el camino que a mí me gustaría que fuesen.
5. La desgracia emocional se origina por causas externas y yo tengo poca capacidad para controlar o cambiar mis sentimientos.
6. Si algo parece peligroso o temible, *tengo que* estar preocupado por ello y sentirme ansioso.
7. Es más fácil evitar afrontar ciertas dificultades y responsabilidades de la vida que emprender formas más reforzantes de autodisciplina.
8. Las personas y las cosas *deberían* funcionar mejor y si no encuentro soluciones perfectas a las duras realidades de la vida tengo que considerarlo como *terrible* y *catastrófico.*
9. Puedo lograr la felicidad por medio de la inercia y la falta de acción o tratando de disfrutar pasivamente y sin compromiso.

«Usted debe de tratarme/comportarse conmigo muy bien/perfectamente», lo que genera sentimientos de ira y conductas pasivo-agresivas o violentas; y *Área 3:* «Las condiciones generales de mi vida tienen que ser muy buenas/cómodas/fáciles», lo que produce como resultado sentimientos de lástima por uno mismo y problemas de autodisciplina.

De estos "tengo que"/"debo" o *exigencias* absolutistas y rígidas agrupadas en las tres áreas descritas anteriormente se derivan, a su vez, tres conclusiones irracionales nucleares, que son creencias evaluadoras, *tremendismo, baja tolerancia a la frustración* o "no-puedo-soportantitis" y *condenación,* y también la mayor parte de los elementos del pensamiento distorsionado e irracional (iB), incluyendo la sobregeneralización, la abstracción selectiva, la personalización, etc., descritas por Beck y otros terapeutas cognitivo-conductuales, y todas sus consecuencias emocionales (Ce) y conductuales (Cc) disfuncionales.

Las tres conclusiones, derivadas del pensamiento absolutista y rígido de los "tengo que"/"debo", pueden describirse con más detalle de la siguiente forma:

1. *Tremendismo.* Es la tendencia a resaltar en exceso lo negativo de un acontecimiento, a percibirlo como más de un 100% malo —una conclusión exagerada y mágica que proviene de la creencia «Esto no debería ser tan malo como es».

2. *Baja tolerancia a la frustración* o "No-puedo-soportantitis". Es la tendencia a exagerar lo insoportable de una situación y a calificarla como insufrible, ya que la persona considera que no puede experimentar ninguna felicidad, bajo ninguna circunstancia, si esta situación se presenta, o amenaza con presentarse, en su vida —o deja, o amenaza con dejar, de ocurrir—, según el caso.

3. *Condenación* o "Evaluación global de la valía del ser humano". Es la tendencia a evaluar como "mala" la esencia humana, la valía de uno mismo y/o de los demás, como resultado de la conducta individual. Dicha conducta compromete su valor como personas, como consecuencia de su comportamiento, o sea, de hacer algo que no "deben" hacer o de no hacer algo que "deben" hacer. Esta condena también puede aplicarse al mundo, o a la vida en general, cuando éstos no proporcionan al individuo lo que cree merecer, de manera incuestionable y por encima de cualquier cosa.

Analicemos el siguiente ejemplo: Una persona piensa que "debe"/ "tiene que" actuar correctamente, siempre y en todo lugar y circunstancia, lo que es un pensamiento absolutista y rígido, donde se confunden una preferencia o deseo con una exigencia dogmática y poco realista. De ello se derivan varias posibilidades: «si no actúo perfectamente, no sólo mi habilidad para desempeñar un papel, sino también mi valor como persona, como ser humano, se ven comprometidos, pues esto prueba que soy un ser inadecuado» (autocondenación), o «sería algo terrible, lo peor que pudiese suceder» (tremendismo), o «no podría soportarlo, nunca podría ser feliz» (baja tolerancia a la frustración). Del pensamiento rígido y absolutista puede generarse también otro tipo de distorsiones cognitivas o inferencias como, «si fallé miserablemente esta vez, fallaré el resto de las veces» (sobregeneralización), o «nunca podré cambiar por más esfuerzos que haga» (desesperanza), o «el no fallar es tan importante para mí, que no debo tener fallos y, si llegase a suceder, sería el peor desastre de mi vida» (conclusión *non-sequitur*).

A menudo, es difícil mantener completamente separados los pensamientos/exigencias absolutistas, las conclusiones irracionales sobre dichas exigencias, y las inferencias y pensamientos automáticos, ya que todos ellos se yuxtaponen de una u otra forma.

Es importante enfatizar que la TREC considera a las tres conclusiones (condenación, tremendismo y baja tolerancia a la frustración) como procesos secundarios irracionales, provenientes de una filosofía personal de exigencias absolutistas y "debo" dogmáticos. Este punto es controvertido, ya que otros teóricos (Wessler, 1984) sostienen que la relación es inversa, que las conclusiones son primarias y que el pensamiento absolutista, los "debo" dogmáticos se derivan de ellas. Dryden y Ellis (1988) sugieren que ambos procesos pueden ser, simplemente, interdependientes y presentarse como dos caras de la misma moneda cognitiva. La importancia de esta controversia se refleja en la aplicación de la TREC, ya que la esencia de la intervención terapéutica de esta teoría consiste en atacar no sólo las conclusiones sino también el pensamiento dogmático, absolutista y, a veces, implícito, que las origina (Ellis, 1984*a;* Ellis y Dryden, 1987).

La siguiente cita proviene de una carta escrita por Albert Ellis a Leonor Lega, el 21 de noviembre de 1995:

> [...] Los "tengo que"/"debo" son exigencias absolutistas en 3 áreas: uno mismo, los demás y el mundo en general. De ellos se derivan varias conclusiones, incluyendo la devaluación o condenación de uno mismo y de otras personas, baja tolerancia a la frustración/no-puedo-soportantitis y tremendismo. Aunque otras teorías cognitivo-conductuales ven las conclusiones como entidades independientes, yo creo que se derivan, implícitamente, del pensamiento absolutista. Casi nunca, por no decir jamás, uno llegaría a dichas conclusiones si, consciente o inconscientemente, uno no pensase que: «Yo "tengo que"/"debo" funcionar bien, otros "deben"/"tienen que" tratarme bien, y/o la vida "tiene que"/"debe" darme lo que quiero, cuando yo así lo desee [...]». Distorsiones cognitivas, como la sobregeneralización y el saltar a las conclusiones, suelen también surgir a partir de dicho pensamiento absolutista. Uno se dice a sí mismo: «Bajo cualquier tipo de circunstancia "tengo que"/"debo" realizar muy bien este proyecto». Sin embargo, no logra funcionar tan bien como esperaba y suele concluir: «Nunca podré hacerlo bien», lo que es una sobregeneralización poco realista, y añade: «Y como no estoy funcionando bien, soy un fracaso, un ser humano deficiente», lo que es un salto a conclusiones poco lógicas [...].

Es importante diferenciar entre conclusiones e inferencias, ya que, de ninguna manera, son la misma cosa. Una vez establecida la filosofía básica irracional («Siempre "tengo que" realizar muy bien este proyecto») y su respectiva conclusión («Soy un fracaso cuando no funciono muy eficazmente»), a menudo se infiere de forma equivocada y poco realista que, (1) «la gente está contra mí», (2) «los demás me desprecian o me menosprecian» y (3) «tienen razón, pues soy un fracaso y no valgo la pena». Las inferencias son, frecuentemente, percepciones erróneas de lo que llamamos "realidad", a las que llegamos después de ha-

ber establecido la filosofía o pensamiento básico irracional (los "tengo que"/ "debo") y las conclusiones (autodevaluación, etc.) acerca de dicho pensamiento. En cierta forma, las inferencias también son conclusiones, aunque suelen ser, en gran parte, antiempíricas e irreales en lugar de fundamentarse en una base filosófica errónea. Los "pensamientos automáticos" de Beck y las "autoverbalizaciones" de Meichenbaum incluyen distintos aspectos, pero suelen ser, principalmente, inferencias o percepciones poco realistas. A menudo, omiten la filosofía absolutista de fondo y, con frecuencia, también las conclusiones sobre ella, como devaluación de sí mismo y de los otros, baja tolerancia a la frustración y tremendismo [...].

Aunque los terapeutas de la TREC descubren e identifican, en muchas ocasiones, todos los pensamientos ilógicos que se acaban de describir, la intervención psicoterapéutica se centra especialmente en los incondicionales "tengo que" y "debo", que parecen constituir el núcleo filosófico de las creencias irracionales que conducen a las perturbaciones emocionales. Los clínicos de la TREC sostienen que si no descubren este núcleo filosófico y ayudan a los pacientes a cambiarlo, es decir, a abandonar estas creencias incondicionales básicas, dichos pacientes, muy probablemente, continuarán manteniéndolas y desarrollando nuevas variaciones irracionales sobre ellas. Los terapeutas de la TREC exploran los "tremendismos", los "no-puedo-soportantitis" y las "condenas", y les muestran a sus pacientes cómo esas conclusiones provienen casi invariablemente de sus "tengo que"/"debo", los cuales pueden abandonar si renuncian a sus demandas absolutistas sobre sí mismos, sobre los demás y sobre el mundo. Al mismo tiempo, los terapeutas de conducta racional emotivos animan habitualmente a sus pacientes para que tengan deseos y preferencias fuertes y persistentes, y que eviten los sentimientos de abandono, aislamiento y falta de implicación (Ellis, 1984*a;* Ellis y Dryden, 1987).

Algunas de las diferencias más comunes entre creencias racionales e irracionales puede verse en la tabla de la página siguiente.

III. MARCO DE REFERENCIA EMPÍRICO Y CONCEPTUAL

Desde un punto de vista filosófico, la TREC se remonta a dos corrientes antiguas: la filosofía oriental, con Buda y Confucio, que implícitamente afirma: «Cambia tu actitud y podrás cambiarte a ti mismo» (Lao-Tsu, 1975), y la filosofía griega y romana, con Epicteto, Marco Aurelio y el

Pensamientos irracionales (iB)	Pensamientos racionales (rB)
1. Es horrible, espantoso	Es un contratiempo, una contrariedad.
2. No puedo soportarlo	Puedo tolerar lo que no me gusta.
3. Soy un(a) estúpido(a)	Mi comportamiento fue estúpido.
4. Es un(a) imbécil	No es perfecto(a).
5. Esto no debería ocurrir	Esto ocurre porque es parte de la vida.
6. No tiene derecho	Tiene derecho a hacer lo que le parezca, aunque preferiría que no hubiese sido así.
7. Debo ser condenado	Fue mi culpa y merece sanción pero no tengo que ser condenado.
8. Necesito que él(ella) haga eso	Quiero/deseo/preferiría que él(ella) haga eso, pero no necesariamente debo conseguirlo.
9. Todo sale siempre mal	A veces, tal vez frecuentemente, las cosas salen mal.
10. Cada vez que ensayo, fallo	A veces fracaso.
11. Nada funciona	Las cosas fallan con más frecuencia de lo que desearía.
12. Esto es toda mi vida	Esto es una parte muy importante de mi vida.
13. Esto debería de ser más fácil	Desearía que fuese más fácil pero, a menudo, lo que me conviene es difícil de lograr.
14. Debería de haberlo hecho mejor	Preferiría haberlo hecho mejor, pero hice lo que pude en ese momento.
15. Soy un fracaso	Soy una persona que a veces fracasa.

movimiento estoico en general, quienes resaltaron la importancia de la filosofía individual en el trastorno emocional. Mantiene el postulado de «No nos preocupan las cosas, sino la visión que tenemos de ellas» (Epictetus, 1890), el cual se convirtió en la base de lo que más tarde fue la TREC (Ellis, 1994). Ésta recibe, además, influencias de filósofos más recientes, como Kant (1929) y sus escritos sobre la importancia de las ideas, y como Russell (1950), de quienes proviene la idea de utilizar los

métodos empíricos de la ciencia y la lógica, y la filosofía del humanismo ético en la práctica de la TREC. Se encuentran también influencias de la semántica general (Korzybski, 1933) y su énfasis en la importancia del lenguaje en la estructuración del pensamiento y los procesos emocionales.

Desde un punto de vista psicológico, varias escuelas contribuyen al desarrollo de la TREC. Inicialmente hay dos figuras psicoanalíticas importantes: 1) Karen Horney (1950), que identifica el pensamiento dogmático, "la tiranía de los debería", como elemento central en la perturbación emocional, y 2) Alfred Adler (1927), que se interesa en la relación entre autodevaluación y ansiedad, y en el uso de un método cognitivo-persuasivo (utilizando la enseñanza activo-directiva) en el tratamiento psicológico. A ellos se une la influencia de los pioneros del movimiento conductista, como Watson y Rayner (1920), y la utilización de sus técnicas, especialmente en la terapia sexual activo-directiva durante la década de los cincuenta. Durante esta época, la TREC emerge como tal (Ellis, 1957*a*). Ellis (1957*b*) publica un estudio en el que informa de un incremento significativo, con respecto a la terapia psicoanalítica que había practicado hasta entonces, en el número de pacientes que presentan mejoría y una reducción del promedio total de sesiones por paciente de 100 a 35, con la utilización de este nuevo método. También introduce el concepto del pensamiento irracional como base de la perturbación psicológica y define la neurosis como el comportamiento estúpido de una persona inteligente, quien escoge pensar de manera poco funcional.

La evolución cronológica de la TREC se refleja en el cuadro 4.

IV. PROCEDIMIENTO

Durante la etapa inicial de entrenamiento en TREC, se recomienda enseñar al paciente el ABC de forma directa, ya que le ayuda a entender su esquema conceptual, a identificar y cuestionar sus aspectos irracionales para reemplazarlos por otros más funcionales y eficaces, a utilizar mejor las técnicas de la TREC para lograrlo y, en general, a llevar este aprendizaje más allá de la terapia formal para poder llegar a ser, en último término, su propio terapeuta. El estilo de la TREC es activo, directivo y, en gran parte, educativo (Ellis y Dryden, 1987; Ellis, 1984*b;* Walen, DiGiuseppe y Dryden, 1992).

CUADRO 4. *Evolución del modelo terapéutico de la* TREC

La evolución cronológica de la TREC, siguiendo las actividades de Ellis, puede resumirse de la siguiente forma:

Década de los cincuenta:

- "Terapia Racional": Conferencia APA en 1955.
  Primera publicación en *Journal of General Psychology* en 1958.
  Énfasis en el aspecto cognitivo-conductual.

Década de los sesenta:

- "Terapia Racional-Emotiva": Publica *Razón y emoción en psicoterapia* en 1962.
  Formula el Modelo ABC.
  Resalta la importancia de las emociones.

Década de los setenta:

- *Rigidez* como característica del pensamiento irracional ("debo").
- Formula inicialmente 11 creencias o pensamientos irracionales.

Década de los ochenta:

- Expande el modelo de la TRE al publicar *Essence of RET* en 1984:
  Pensamiento irracional: Ilógico (el individuo razona mal).
  No es objetivo (refleja la realidad subjetiva).
  "Debo" absolutista *versus* condicional.
  Conclusiones: Se derivan de los "debo" (pensamiento absolutista).
  Las 11 creencias irracionales iniciales se agrupan en tres:
  Tremendismo.
  Baja tolerancia a la frustración (BTF) o "No-puedo-soportantitis".
  Condenación (de sí mismo y/o de los demás).

- Publica *Expanding ABC of RET* en 1985 y describe:
  Síntomas perturbadores secundarios (problemas emocionales *sobre* problemas emocionales).
  Ansiedad situacional (BTF) *versus* Ansiedad del ego (autodevaluación).

Década de los noventa:

- Propone, en 1993, el nuevo nombre de "Terapia Racional Emotivo-Conductual".
- Revisa y actualiza en 1994 el libro *Razón y emoción en psicoterapia.*
- Enfatiza el aspecto humanista de la TREC (desarrollo del potencial humano).

Para lograr un cambio filosófico, las personas tienen que hacer lo siguiente (Ellis y Dryden, 1987):

1. Darse cuenta de que son ellas las que crean, en gran medida, sus propias perturbaciones psicológicas y que, aunque las condiciones ambientales pueden contribuir a sus problemas, tienen, en general, una consideración secundaria en el proceso de cambio.
2. Reconocer claramente que poseen la capacidad de modificar de una manera significativa estas perturbaciones.
3. Comprender que las perturbaciones emocionales y conductuales provienen, en gran medida, de creencias irracionales, dogmáticas y absolutistas.
4. Descubrir sus creencias irracionales y discriminar entre ellas y sus alternativas racionales.
5. Cuestionar estas creencias irracionales utilizando los métodos lógico-empíricos de la ciencia.
6. Trabajar en el intento de internalizar sus nuevas creencias racionales, empleando métodos cognitivos, emocionales y conductuales de cambio.
7. Continuar este proceso de refutación de las ideas irracionales y utilizar métodos multimodales de cambio durante el resto de sus vidas.

Como señalamos anteriormente, cuando las personas llevan a cabo un cambio filosófico en B, es decir, cuando cambian su pensamiento absolutista, sus "tengo que"/"debo", a menudo son capaces de corregir espontáneamente sus conclusiones (tremendismo, devaluación o condenación, baja tolerancia a la frustración) y sus inferencias distorsionadas sobre la realidad (sobregeneralizaciones, atribuciones erróneas, etc.). Sin embargo, esto no sucede automáticamente en todos los casos y es recomendable explorarlo.

La TREC utiliza una gran variedad de técnicas cognitivas, emocionales y conductuales, algunas de las cuales son comunes a otros sistemas de psicoterapia. Las técnicas comunes constituyen la "TREC General" (o terapia de conducta cognitiva de amplia base) y las específicas, la "TREC Preferencial" (Ellis, 1980). Ambos tipos de técnicas están descritas con detalle en las secciones correspondientes de este libro.

3. DIAGNÓSTICO, EVALUACIÓN E INSTRUMENTOS DE LA TREC

Existen varios tipos de diagnóstico en la TREC. Entre ellos se encuentran el diagnóstico a través de la entrevista clínica, el autodiagnóstico —el cual se recomienda como ejercicio al paciente ya familiarizado con este modelo psicoterapéutico— y el diagnóstico a través de pruebas estandarizadas, que se utiliza primordialmente con fines de investigación.

I. DIAGNÓSTICO POR ENTREVISTA CLÍNICA

El diagnóstico a través de la entrevista clínica tiene dos componentes primordiales: el primero es asignar una categoría basada en la nomenclatura del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV), elaborado por la Sociedad Psiquiátrica de Estados Unidos (American Psychiatric Association, 1994), que es utilizado por un gran número de entidades en muchos países y cuya cuarta edición es consistente con la última revisión de la *Clasificación internacional de enfermedades* (CIE-10; OMS, 1992). El segundo es asignar un diagnóstico desde la perspectiva de la TREC exclusivamente y es el que discutiremos en este libro.

Para ello, seguiremos las pautas generales utilizadas por el Instituto de Terapia Racional Emotiva de Nueva York para el entrenamiento de psicoterapeutas, donde se requiere, con autorización del paciente, la grabación de las sesiones de terapia con el propósito de supervisar dichas entrevistas. Estas mismas pautas pueden ser luego utilizadas por el terapeuta para hacer su autosupervisión.

I.1. *Directrices para encontrar las creencias*

Los sistemas de creencias no siempre son fáciles de identificar, ya que la mayoría de nuestros procesos de pensamiento se componen de hábitos

cognitivos sobreaprendidos que se han vuelto automáticos. Una tarea del clínico será ayudar a los pacientes a identificar y verbalizar sus pensamientos, creencias, actitudes y filosofías. El procedimiento más simple para lograrlo consiste en hacer preguntas. Algunas de las que podrían utilizarse para provocar cogniciones son las siguientes:

- ¿Qué estaba pasando por su cabeza? o ¿qué está pasando por su cabeza en estos momentos?
- ¿Qué se estaba diciendo a sí mismo?
- ¿Se daba cuenta de algún pensamiento que pasase por su cabeza?
- ¿Qué tenía en la cabeza?
- ¿De qué se preocupaba?
- ¿Se da cuenta de lo que está pensando en estos momentos?

El trabajo terapéutico puede empezarse enseñando a los pacientes a vigilar su pensamiento por medio del empleo de la sugestión terapéutica. Al juntar información sobre las situaciones, conductas y reacciones emocionales de los pacientes, el terapeuta puede inferir la presencia de iBs específicos.

La pregunta «¿Qué se está diciendo a sí mismo?» generalmente provoca pensamientos automáticos de los pacientes, pero estas respuestas no suelen ser las creencias irracionales nucleares. ¿Qué se puede hacer entonces? Se recomiendan algunas estrategias, como las siguientes:

El *darse cuenta de forma inductiva.* Se puede seguir recogiendo inferencias y pensamientos automáticos (p. ej., «¿y qué más está pensando?») y luego cuestionarlos y refutarlos. El paciente que ha seguido este proceso unas cuantas veces, con una serie de aspectos emocionales, puede darse cuenta, finalmente, de un patrón, que podría sugerir (por medio de la inferencia inductiva) la creencia irracional subyacente. El paciente llega a darse cuenta por sí mismo.

La *interpretación inductiva.* Un procedimiento algo más activo utiliza la interpretación del terapeuta. Después de recoger y cuestionar un gran número de inferencias y pensamientos automáticos, el terapeuta puede señalar temas comunes y, por medio de la interpretación, sugerir posibles creencias subyacentes nucleares. Sin embargo, esta estrategia consume mucho tiempo.

El *encadenamiento de inferencias.* Por medio de esta técnica, el terapeuta trabaja en la hipótesis de que el pensamiento automático podría ser verdad, y ayuda al paciente a descubrir la/s inferencia/s que le sigue/n. «¿Qué pasaría si eso fuese verdad?», «¿Qué significaría eso?».

Cada pregunta produce nuevas inferencias hasta que se descubre un pensamiento irracional. Relacionados con el encadenamiento de inferencias tenemos las *locuciones conjuntivas,* como, por ejemplo, «... y eso querría decir ...» o «...y entonces...» o «... y por consiguiente...». El terapeuta borra el punto al final de la frase del paciente e inserta una conjunción.

Otra alternativa simple para el terapeuta es emplear locuciones con frases inacabadas que el sujeto tiene que terminar. Por ejemplo, «Y se siente nervioso/a debido a ello porque ...». Los pacientes se sorprenden a menudo de la cantidad de información que se puede obtener por medio de estas estrategias de encadenamiento de inferencias. Con frecuencia, los pacientes más inteligentes y con mejor vocabulario responden mejor al empleo de las locuciones conjuntivas, mientras que los más concretos y apegados a los significados literales funcionan mejor con las expresiones con las que se tienen que completar las frases.

Otra alternativa a las preguntas con final abierto es hacer preguntas dirigidas por la teoría. Por ejemplo, si el paciente informa de ansiedad sobre críticas potenciales provenientes de los demás, en vez de preguntar, «¿Qué se está diciendo a sí mismo/a sobre esta crítica?», se podría preguntar, «¿Qué clase de persona piensa que es usted si los demás le critican?».

El peligro al construir las preguntas sobre la base de la teoría de la TREC es que uno se puede preguntar si está poniendo las palabras en la boca del paciente o si está reforzando creencias irracionales de éste que puede que no mantenga.

II. PAUTAS GENERALES PARA SUPERVISIÓN

Al escuchar la sesión, se determinan si pueden establecerse claramente los siguientes puntos:

1. *El modelo ABC.* ¿Entendió el paciente, de forma explícita, a que se refieren la situación (A), los pensamientos (B) y las consecuencias (Ce y Cc) emocionales y conductuales? ¿Cuáles eran en su caso?
2. *La conexión B-C.* ¿Le quedó clara al paciente la conexión entre pensamientos (B) y las emociones (Ce) y comportamientos (Cc)? ¿Le quedó claro si el pensamiento es funcional o no (iB *versus* rB)? En el cuadro 5 se encuentran algunas pautas para reconocer el pensamiento irracional.

Una vez establecidos ambos puntos, se analiza si:

CUADRO 5. *Pautas para reconocer el pensamiento irracional* (pueden acompañar a cualquier ejercicio)

1. *Radical/extremo.* Las cosas se ven en términos de "blanco o negro", sin posibilidades intermedias. Si la persona falla en un comportamiento, se ve a sí misma como un fracaso. De la misma manera, se ve como un ser superior y "fabuloso" si funciona muy bien en un papel.
2. *Muy generalizado.* Las conclusiones se extienden mas allá de los datos empíricos de una situación determinada y es común la utilización de términos como: "siempre", "nunca", "todo el mundo", "nadie", etc. O, unido al pensamiento extremo, se refiere a sí mismo o a otros como: "estúpido", "malo", "incompetente", etc.
3. *Catastrófico.* Los acontecimientos negativos se exageran hasta adquirir dimensiones de verdaderas catástrofes. Se utilizan expresiones como "espantoso", "terrible", "trágico", "el fin del mundo", "lo peor", etc. En estos casos se ignora la capacidad que se tiene de afrontar las situaciones.
4. *Muy negativo.* En los casos donde sólo se tienen en cuenta los aspectos negativos de la situación, llega a predicciones sobre un futuro "vacío", "sin esperanza", etc., donde se juzga duramente a sí mismo y a los otros. Es el caso clásico de quien ve un vaso como "medio vacío" y olvida que también está medio lleno.
5. *Muy distorsionado.* Se da en los casos en los cuales la persona "descubre" evidencias en aspectos o detalles mínimos y, si fallan las "antenas" y no encuentra datos, los fabrica.
6. *Poco científico/confuso.* Se produce cuando se ignora la evidencia empírica, utilizando solamente la evidencia distorsionada y subjetiva, donde los sentimientos, no los hechos, son "pruebas" para juzgar las intenciones de los otros, predecir el futuro, etc.
7. *Totalmente positivo/negación de lo negativo.* Se da en los casos en los que la persona se convence a sí misma de que los problemas no existen, de que ciertas cosas "no son importantes" (cuando sí lo son), o de que no "siente nada negativo" (cuando es obvia la situación de problema).
8. *Extremadamente idealizado.* Se produce cuando la visión de la realidad es exageradamente "romántica", con expectativas irreales sobre sí misma, la familia, el trabajo, la vida en general, etc., realmente imposibles de lograr.
9. *Extremadamente exigente.* Se da en personas que "deben", "tienen que" obtener lo que quieren de sí mismas, de los demás y del mundo en general, cuando y como lo quieren, sin tener en cuenta nada más que el propio deseo.
10. *Obsesivo.* Se produce cuando un pensamiento repetitivo parece lo más, si no lo único, importante para una persona, perdiendo ésta su productividad, su capacidad de concentración, etc.

3. ¿Se utilizó el Debate (D)? ¿De qué tipo, filosófico y/o empírico? Especifique.

4. ¿Qué pensamientos racionales (rB), en particular, reemplazaron a las ideas irracionales (iB) previas? ¿Hubo cambio en la filosofía básica del paciente (E)? ¿Hubo cambios emocionales (nueva Ce) y de comportamiento (nueva Cc) que lo corroboren?

5. ¿Se asignaron tareas para casa relevantes? ¿Cuáles fueron?

III. AUTODIAGNÓSTICO

El siguiente es un formulario utilizado con el propósito de analizar las propias ideas irracionales.

FORMULARIO PARA EL ANÁLISIS DE LAS IDEAS IRRACIONALES (AUTODIAGNÓSTICO)

¿Qué sucedió? (A)

¿Qué sentí? (Ce)

¿Qué pensé al sentirme así?

¿Qué hice? (Cc)

¿Qué pensé al actuar así?

¿Qué consecuencias tuvo sentir, pensar y actuar así
a corto plazo?

¿y a largo plazo?

Si la misma situación (A), o una similar volviese a ocurrir,
¿cómo me gustaría sentirme?

¿cómo me gustaría actuar?

¿cómo me gustaría pensar?

Estos nuevos sentimientos, pensamientos y conductas, aumentarían la probabilidad de mejores resultados
¿a corto plazo?

¿a largo plazo?

IV. DIAGNÓSTICO A TRAVÉS DE PRUEBAS ESTANDARIZADAS

Durante tres décadas, han sido muchas las pruebas diseñadas para medir las ideas irracionales (iB). En general, dichas pruebas parecen presentar uno o varios de los siguientes problemas:

1. El concepto de "irracionalidad" ha cambiado en su definición a través de los años: de las 11 ideas irracionales identificadas por Ellis en sus publicaciones iniciales, donde se trataba como un concepto global, a ideas irracionales específicas que se identifican individualmente y que varían en dos dimensiones, proceso y contenido, en sus publicaciones más recientes (Sutton-Simon, 1981).
2. La validez de las pruebas, particularmente validez de contenido y validez discriminante, son inadecuadas: muchos de los ítems reflejan, además de pensamientos, estados afectivos o consecuencias emocionales y conductuales, o las pruebas no incluyen ítems que reflejan pensamiento racional y, por consiguiente, no permiten evaluar su desarrollo como parte del progreso psicoterapéutico del paciente (Kendall, 1982, 1984).
3. La fiabilidad de algunas pruebas es inadecuada y, probablemente, relacionada con los dos problemas enumerados anteriormente; no sólo la proporción de ítems que reflejan únicamente creencias cambia considerablemente de una prueba a la otra, sino que, dentro de esta categoría, la variedad de tipos o clases de creencias como las pertinentes a "reglas de comportamiento" *versus* "factores de la vida cotidiana" es considerable. Sin embargo, especialmente hasta comienzos de la década de los años ochenta, sus resultados se analizan como una puntuación global, como es el caso del *Test de creencias irracionales (Irrational beliefs test)* desarrollado por Jones (1968) y utilizado en más de 50 artículos y tesis de doctorado.

En la última década, teóricos de la TREC (Bernard y Joyce, 1984, Campbell, 1985; Campbell, Lowe y Burgess, 1983, 1988; Ellis, 1984*a*, 1984*b*, 1985; Ellis y Bernard, 1983, 1985) han centrado sus esfuerzos en tratar de definir y formalizar el concepto de "creencia" *(belief)*. Como resultado de este esfuerzo, han evolucionado dos áreas teóricas importantes dentro de la TREC:

1. La primera está constituida por un cambio en el énfasis de un aspecto del concepto de "creencia" conocido como *contenido*, a otro,

conocido como *características*. Es decir, que actualmente se da mucha menor importancia a su *contenido* (Ellis, 1962, 1973; Ellis y Harper, 1975), expresado inicialmente a través de las listas de 11 creencias irracionales mencionadas anteriormente, y mucha más importancia a las *características* de dichos pensamientos (Ellis, 1977), donde los "debo", conocidos también como "pensamiento absolutista" o "exigencias dogmáticas y rígidas", son considerados como de orden SUPERIOR a tres derivados, que son las conclusiones de "tremendismo", "baja tolerancia a la frustración" y "condenación" (llamada también "evaluación global").

2. La segunda está constituida por la diferenciación y elaboración de dos tipos de ansiedad en la perturbación neurótica: la ansiedad del ego o perturbación del yo y la ansiedad situacional o perturbaciones incómodas (Ellis, 1980). El consenso de la comunidad de la TREC sugiere que las ideas irracionales en las áreas de éxito y aprobación parecen estar relacionadas con la ansiedad del ego, mientras que las que emergen en el área de comodidad, parecen relacionarse con la ansiedad situacional (García y Blythe, 1977; Grieger y Boyd, 1980; Hauck, 1974).

Un paso lógico, después de la evolución teórica del modelo de la TREC, es la evaluación empírica. Como se mencionó anteriormente, instrumentos como el IBT (Jones, 1968) presentan la limitación de estar basados en conceptualizaciones menos recientes y menos exactas del concepto de creencia y, como es lógico, tienen también problemas de fiabilidad y validez.

Por ejemplo, dentro de la subescala "Necesidad de aprobación" en la versión original del IBT, dos ítems: «Quiero caerle bien a todo el mundo» (ítem 21) y «Ser criticado por otros es desagradable, pero no devastador» (ítem 91) son calificados, respectivamente, como irracional y racional, si el sujeto responde afirmativamente a ambos. Sin embargo, el verbo "quiero" es considerado en la actualidad como índice de pensamiento preferencial en lugar de absolutista y, de acuerdo con la teoría de la TREC (Bernard y Joyce, 1984; Ellis y Bernard, 1985), no estaría asociado con consecuencias emocionales inapropiadas. Es decir, la versión más reciente de la TREC lo interpretaría en forma opuesta a la versión original.

Por añadidura, y utilizando el mismo ejemplo, la versión más reciente de la TREC tiende también a enfatizar características del proceso de pensamiento en lugar de, simplemente, determinar su contenido específico, basado en las 11 ideas irracionales iniciales. Es decir, que bajo el

marco de referencia actual de la TREC, el ítem 21 puede parecer una idea preferencial dentro de "exigencia" mientras que el ítem 91 podría indicar una idea preferencial dentro de "tremendismo", en lugar de ambos reflejar, simplemente, la "necesidad de aprobación" del sujeto. Esta diferenciación reciente dentro de lo que fue una misma área o idea irracional inicial permite, obviamente, un diagnóstico más exacto.

Todo esto sugiere, entonces, la necesidad actual de medir independientemente dos dimensiones: 1) las características del pensamiento, denominadas "proceso", que incluyen exigencia y sus subderivados: tremendismo, baja tolerancia a la frustración y condenación o evaluación global, y 2) los temas generales o subobjetivos, denominados "contenido", donde puedan diferenciarse la ansiedad del ego de la ansiedad situacional, y que incluyen aprobación, éxito y comodidad (Campbell, 1985; Campbell, Lowe y Burgess, 1983, 1988).

Otro grave problema en los estudios empíricos de la TREC ha sido la casi total ausencia de muestras "clínicas". Es decir, que la mayoría de dichos estudios ha utilizado estudiantes universitarios con grados moderados de perturbación, como problemas de ansiedad y depresión, definidas por instrumentos de autoinforme, en lugar de individuos diagnosticados en clínicas y centros de salud mental, utilizando criterios generales de diagnóstico como el del *DSM* (Burgess, 1990). La selección de un grupo "control" de personas "normales", que no sufre perturbación emocional y que tiene características demográficas equivalentes a la muestra "clínica", ha presentado también problemas similares, ya que factores como la familiaridad de los sujetos control con el modelo de la TREC pueden influenciar los resultados de dichos estudios empíricos.

Teniendo en cuenta todo lo discutido anteriormente, se diseña el *Test de actitudes y creencias* (*Attitudes and beliefs test, ABT;* Burgess, 1990). El *ABT* se basa en el concepto central de que existe un grupo de procesos que interactúa con un grupo de temas generales o contenidos, como se explicó anteriormente, pero que es necesario permitir su medición de forma independiente y luego estudiar sus posibles interacciones.

Utilizando el diagnóstico del *DSM-III* por medio de varios psiquiatras no involucrados en la investigación, se seleccionaron tres niveles o grupos clínicos entre los pacientes de dos centros de salud mental en Melbourne, Australia: trastorno por ansiedad generalizada, agorafobia con ataques de pánico y distimia, por tratarse de categorías o problemas donde la TREC se ha mostrado eficaz y los que, además, suelen producirse con una cierta frecuencia en la práctica clínica en general. Se seleccionó un cuarto grupo como grupo control, utilizando un diseño de grupos

emparejados, donde dichos sujetos presentan características demográficas como edad y nivel educativo equivalentes a las de los tres grupos clínicos, pero que no sufrían ninguna perturbación emocional, ni tampoco estaban familiarizados con el modelo de la TREC. Los resultados de un ANOVA de medidas repetidas y de análisis *post hoc* con la prueba de Scheffé indicaron diferencias significativas empíricas entre los grupos experimentales y de control en la variable procesos y en la variable contenido (Burgess, 1990), que corroboran los postulados teóricos del estudio.

Se ha preparado una versión en español del *ABT* utilizando el método de *Back translation* (Brislin, 1973). Dicha versión, ya utilizada con muestras españolas (Caballo, Lega y González, 1996; González, Caballo y Lega, 1996) y costarricenses (González, 1996), se incluye completa en el cuadro 6.

Caballo *et al.* (1996) realizaron un análisis factorial de dicha Escala de actitudes y creencias con una muestra de sujetos universitarios y encontraron 10 factores que explicaban el 63 % de la variancia. Dicho análisis reflejó, en buena medida, la estructura original hipotetizada de la escala: cuatro niveles de proceso (exigencia, tremendismo, baja tolerancia a la frustración y condenación) y tres niveles de contenido (aprobación, exito y comodidad). Los factores más claros fueron Baja tolerancia a la frustración, Condenación, Exigencia, Éxito y Aprobación, tendiendo a puntuar las mujeres más alto que los hombres en todas las medidas de irracionalidad. Los ítems correspondientes a los 10 factores eran los siguientes:

1. Baja tolerancia a la frustración: 3, 11, 15, 23, 26 y 30
2. Condenación I: 12, 32, 36 y 48
3. Exigencia I: 1, 13, 17, 25, 29, 37, 41 Y 45
4. Exigencia x Comodidad: 2, 9 y 21
5. Éxito: 20, 28, 32 y 36
6. Exigencia II: 5 y 36
7. Comodidad: 14, 18, 27, 30, 35, 39, 42 y 47
8. Tremendismo x Éxito: 38, 46 y 47
9. Condenación II; 16, 40 y 44
10. Aprobación: 4, 7, 10, 11, 19, 22, 23, 31, 34, 35, 43 y 46

CUADRO 6. *Versión española del* Attitudes and beliefs test (adaptado de Burgess, 1990)

ESCALA DE ACTITUDES Y CREENCIAS

Sexo ______ Edad ______ Ocupación ______________ Fecha: __________

Carrera ____________________________ Año de carrera: Primero _____

Segundo ____

Tercero ____

Cuarto _____

Quinto _____

Lugar donde vivió los 10 primeros años: Pueblo ________ Ciudad: ________

Madre - Lugar donde vivió los 10 primeros años: Pueblo ______ Ciudad: ______ Edad: ____

Padre - Lugar donde vivió los 10 primeros años: Pueblo ______ Ciudad: ______ Edad: ____

Este inventario presenta distintas actitudes o creencias que la gente mantiene a veces. Lee cada frase atentamente y anota el grado de acuerdo o desacuerdo con la misma.

En cada frase, responde colocando un círculo alrededor del número que mejor describa cómo piensas. Asegúrate de escoger solamente una respuesta para cada frase. Debido a que cada persona es diferente, no hay respuestas correctas o incorrectas a estas frases.

Para saber si una determinada actitud es típica de tu forma de ver las cosas, ten presente cómo eres la mayor parte del tiempo.

Puesto que nos interesan tus reacciones inmediatas o espontáneas, no es necesario que le des muchas vueltas a una frase. Anota tu respuesta rápidamente y pasa a la siguiente pregunta. Aunque aparentemente parece que hay muchas preguntas, la mayoría son breves y tardarás poco en responderlas.

Fíjate en el ejemplo que sigue. Para mostrar el grado en que una frase describe tu actitud, rodea con un círculo un número del 1 (muy en desacuerdo) al 5 (muy de acuerdo). Una respuesta del 2 al 4 indicaría que estás algo de acuerdo o algo en desacuerdo; una respuesta de 3 indicaría que no estás de acuerdo ni tampoco en desacuerdo.

	Estoy muy en desacuerdo				Esto muy de acuerdo
Ejemplo: Me gusta conocer gente..................	1	2	3	4	5

Completa el ejemplo y asegúrate de que entiendes la tarea

Gracias por tu participación y cooperación

¿EN QUÉ GRADO ESTÁ DE ACUERDO CON ESTAS AFIRMACIONES?	MUY EN DESACUERDO	MODERADAMENTE EN DESACUERDO	NEUTRAL	MODERADAMENTE DE ACUERDO	MUY DE ACUERDO
1. Quiero caerle bien a algunas personas	1	2	3	4	5
2. A veces es desagradable cuando no hago las cosas bien	1	2	3	4	5
3. En ocasiones, cuando estoy tenso/a, me es imposible funcionar adecuadamente	1	2	3	4	5
4. Algunas veces, cuando no le caigo bien a la gente, pienso que soy una mala persona	1	2	3	4	5
5. Quiero hacer bien algunas cosas	1	2	3	4	5
6. A veces es desagradable cuando estoy tenso/a	1	2	3	4	5
7. Algunas veces, cuando no le agrado a la gente, me resulta imposible funcionar adecuadamente	1	2	3	4	5
8. En ocasiones, cuando hago las cosas mal, pienso que soy un fracaso	1	2	3	4	5
9. De vez en cuando quiero estar relajado/a	1	2	3	4	5
10. A veces es desagradable cuando no le agrado a la gente	1	2	3	4	5
11. Algunas veces, cuando no lo hago bien, me es imposible funcionar adecuadamente	1	2	3	4	5
12. En ocasiones, cuando estoy tenso/a, pienso que siempre estaré de esa manera	1	2	3	4	5
13. Necesito caerle bien a algunas personas	1	2	3	4	5
14. A veces es terrible cuando no hago las cosas bien	1	2	3	4	5
15. En ocasiones, cuando estoy tenso/a, me resulta imposible funcionar adecuadamente	1	2	3	4	5
16. Pienso que no soy una mala persona incluso si no le caigo bien a algunas personas	1	2	3	4	5
17. Necesito hacer algunas cosas bien	1	2	3	4	5
18. En ocasiones es terrible cuando estoy tenso/a	1	2	3	4	5
19. Algunas veces, cuando no le caigo bien a la gente, me es difícil funcionar adecuadamente	1	2	3	4	5
20. Pienso que no soy un fracaso incluso si hago mal algunas cosas	1	2	3	4	5
21. De vez en cuando necesito estar relajado/a	1	2	3	4	5
22. A veces es terrible cuando no le caigo bien a la gente ...	1	2	3	4	5
23. En ocasiones, cuando no lo hago bien, me es difícil funcionar adecuadamente	1	2	3	4	5

¿EN QUÉ GRADO ESTÁ DE ACUERDO CON ESTAS AFIRMACIONES?	MUY EN DESACUERDO	MODERADAMENTE EN DESACUERDO	NEUTRAL	MODERADAMENTE DE ACUERDO	MUY DE ACUERDO
24. Pienso que no siempre estaré tenso/a, incluso si a veces no me encuentro relajado/a	1	2	3	4	5
25. Es esencial que le agrade a algunas personas	1	2	3	4	5
26. Algunas veces, cuando no hago las cosas bien, me siento perturbado/a	1	2	3	4	5
27. En ocasiones es frustrante cuando estoy tenso/a	1	2	3	4	5
28. Sólo porque no les agrade a algunas personas no significa que sea una mala persona	1	2	3	4	5
29. Es esencial que haga bien algunas cosas	1	2	3	4	5
30. Algunas veces, cuando estoy tenso/a, me perturbo	1	2	3	4	5
31. A veces es frustrante cuando no le caigo bien a la gente	1	2	3	4	5
32. Sólo porque hago algunas cosas mal, no significa que sea un fracaso	1	2	3	4	5
33. De vez en cuando es esencial estar relajado/a	1	2	3	4	5
34. Algunas veces cuando no le agrado a la gente me siento perturbado/a	1	2	3	4	5
35. En ocasiones es frustrante cuando no hago las cosas bien	1	2	3	4	5
36. Sólo porque estoy tenso/a algunas veces, no significa que siempre estaré así	1	2	3	4	5
37. Es importante que le agrade a algunas personas	1	2	3	4	5
38. A veces, cuando no hago las cosas bien, me siento decepcionado/a	1	2	3	4	5
39. Algunas veces es insoportable cuando estoy tenso/a	1	2	3	4	5
40. Si no les agrado a algunas personas eso significa que soy una mala persona	1	2	3	4	5
41. Es importante que haga bien algunas cosas	1	2	3	4	5
42. En ocasiones, cuando estoy tenso, me siento decepcionado/a	1	2	3	4	5
43. A veces es insoportable cuando no le caigo bien a la gente	1	2	3	4	5
44. Si hago algunas cosas mal eso significa que soy un fracaso	1	2	3	4	5
45. De vez en cuando es importante estar relajado/a	1	2	3	4	5
46. En ocasiones, cuando no le gusto a la gente, me siento decepcionado/a	1	2	3	4	5
47. A veces es insoportable cuando no hago las cosas bien	1	2	3	4	5
48. Nunca voy a conseguir estar relajado/a	1	2	3	4	5

4. TÉCNICAS PREFERENCIALES DE LA TREC

Como se explicó anteriormente, la TREC sostiene que la base del pensamiento irracional son los "debo" o exigencias de tipo absolutista y rígido en relación al propio ego, a las otras personas y/o a las condiciones de vida en general. Además, probablemente causados por estos "debo", las personas tienden a presentar las conclusiones condena, tremendismo y baja tolerancia a la frustración, descritas por Ellis, y crear otros tipos de distorsiones cognitivas como personalización, razonamiento emocional, sobregeneralización, etc., descritas por otros psicólogos como Beck y Burns.

Los "debo" que se consideran irracionales, o poco funcionales, son aquéllos de tipo absolutista, no de tipo condicional. Los primeros requieren, de forma rígida, ser satisfechos sin importar cómo, dónde, ni cuándo y, por lo general, llevan a sentimientos de ansiedad (antes de) y de depresión (después de) presentarse el acontecimiento activante (A). Por ejemplo, "debo" ser amado para poder ser feliz. Los "debo de" de tipo condicional, por el contrario, reflejan la realidad empírica. Por ejemplo, "debo de" estudiar para obtener un buen resultado en el examen.

La TREC utiliza dos tipos de técnicas: las "preferenciales" *(TREC preferencial),* desarrolladas exclusivamente dentro de este modelo psicoterapéutico y las "generales" *(TREC general)*, donde se toman técnicas de otros sistemas, pero se adaptan y se hacen consistentes a la teoría de la TREC. El primer grupo incluye el debate o cuestionamiento, las tareas para casa y ejercicios emotivos, y constituyen el núcleo de este capítulo. Las técnicas generales se describen en capítulos posteriores.

I. EL DEBATE (D)

La técnica del debate o cuestionamiento tiene como propósito enseñar al paciente a utilizar el método científico para el análisis de su pensa-

miento irracional. Una vez que se han diferenciado las ideas racionales (rB) de las irracionales (iB), lo esencial del D es cuestionar las iBs. Por medio del debate se discute el sistema de creencias irracionales del paciente y puede ser de naturaleza cognitiva, conductual o por medio de la imaginación.

En el debate o cuestionamiento, los pacientes se enfrentan a sus filosofías irracionales y se les pide que las examinen, trozo por trozo, para que vean si tienen sentido y son útiles. El cuestionamiento es un proceso lógico y empírico en el que se ayuda al paciente a que se detenga y piense. Su objetivo básico es ayudarle a internalizar una nueva filosofía, reflejada en expresiones como: «Sería una gran contrariedad si no lo consigo, pero puedo soportarlo. Simplemente puedo fallar y eso no es tan terrible». Este objetivo básico se conoce en la TREC como la *solución elegante.*

El D, por lo tanto, se compone de dos estrategias básicas. Se ayuda al paciente a que 1) examine y cuestione su forma actual de pensar, y 2) desarrolle nuevos y más funcionales modos de pensamiento. El debate o cuestionamiento ha constituido siempre el centro de la TREC.

Pero, ¿qué cuestionamos? Recordemos que cuando los pacientes manifiestan cogniciones disfuncionales serán de tres tipos: pensamientos automáticos, incluyendo inferencias, atribuciones y predicciones; creencias irracionales evaluativas, y creencias irracionales nucleares o esquemas. Los terapeutas de la TREC pueden debatir cualquiera de estos tres objetivos, pero prefieren trabajar al nivel de las iBs evaluativas y nucleares, y las pondrán como primeros objetivos, ya que se supone que los pensamientos automáticos surgen de los esquemas cognitivos nucleares.

Cuando el debate o cuestionamiento tiene como objetivo las inferencias y los pensamientos automáticos de los que informa el paciente, se denomina *debate empírico o inferencial.* Los errores cognitivos implicarán probablemente errores de inducción, en donde los pacientes llegan a conclusiones de sobregeneralización basadas en datos insuficientes. El debate o cuestionamiento de las ideas irracionales o esquemas subyacentes de los pacientes se denomina *debate filosófico.*

Aunque el debate es una de las técnicas más eficaces utilizadas por la TREC, algunas veces falla. A continuación queremos identificar algunas de las posibles causas.

Frecuentemente, los pacientes se adhieren fuertemente a ideas irracionales (iBs), ideas que llegan a cuestionar y debatir durante el proceso terapéutico, logrando una forma de pensar racional y, por consiguiente, una Nueva Filosofía Eficaz (E) que, a pesar de ser correcta, es débil. Si el

debate no se hace de forma vigorosa y frecuente, la (E) puede olvidarse fácilmente ya que la tendencia aprendida a través de muchos años es la de pensar irracionalmente en lugar de racionalmente. Podríamos decir que, en cierta forma, hay que tener constancia en el ejercicio de este nuevo "músculo emocional". La utilización de una grabadora y/o un diario de debate son técnicas eficaces para lograrlo. Algunas veces es aconsejable discutir directamente este punto con el paciente, explicando que la verdadera terapia es la que se lleva a cabo entre sesión y sesión, cuando la persona tiene que funcionar en el mundo externo y, por consiguiente, lo aprendido en consulta debe de (condicionalmente, por supuesto) practicarse fuera de ella, ya que una hora por semana para aprender a pensar racionalmente no puede reemplazar un hábito, como la utilización del pensamiento irracional, que lleva años de práctica y refuerzo.

Otra posible causa del fallo del debate o cuestionamiento es el error del terapeuta de no asegurarse que, además de cambios cognitivos, existan también cambios en las consecuencias emocionales (Ce) y conductuales (Cc). Por ejemplo, un paciente insiste en que ya no ve como "horrible" el tener que hablar en público, pero no asiste a clase o al trabajo si hay que hacer una presentación (Cc) y, si no puede evitarlo, continúa sintiendo pánico en lugar de incomodidad, preocupación o desagrado (Ce). Probablemente, su cambio de pensamiento es solamente aparente.

Otras estrategias que el terapeuta puede utilizar para tratar de evaluar la eficacia del debate o cuestionamiento en un momento determinado incluyen la utilización del Formulario de Autoayuda y la inversión de los papeles cliente-terapeuta durante el ensayo de conducta, acompañada por "puntuaciones emocionales" o USM (unidades subjetivas de malestar), incluidas también en este libro. Se puede sugerir al paciente, como otra técnica de validación de la eficiencia del debate, la retroalimentación por parte de amigos y familiares en relación a cambios de comportamiento. Este último elemento puede utilizarse también para validar otras intervenciones terapéuticas. Sin embargo, es muy importante que dicha retroalimentación sea muy específica y puede prepararse de antemano en la sesión. Por ejemplo, si fuese el caso, el paciente puede preguntar a un compañero de oficina o a un amigo cercano: «¿Has notado algún cambio en mi comportamiento en relación al cumplimiento de las citas en las últimas dos semanas?».

La utilización del lenguaje y forma de expresión del paciente, en lugar de emplear el del propio terapeuta, es un punto muy importante en el debate. Algunas veces es necesario establecer la equivalencia de am-

bos lenguajes durante la sesión, ya que hay pacientes que carecen de práctica en el uso de términos correctos para expresar sus emociones. Se puede utilizar la lista de emociones negativas correspondientes a pensamientos racionales *versus* irracionales, también incluida en este libro, como base para esta discusión.

Un error muy común al comienzo de la práctica de la TREC es el de caer en el hábito de cuestionar automáticamente toda frase que contenga la palabra "debo". Como fue mencionado anteriormente, existen dos tipos de "debo": "debo" y "debo de", y lo importante es su significado, es decir, si hay rigidez y pensamiento absolutista detrás de esta expresión, lo que la haría irracional, o si se trata únicamente de un "debo de" condicional, que puede ser un prerrequisito relativo para la obtención de una meta y, por consiguiente, racional.

Otro error común es tener la expectativa de que el modelo de la TREC puede emplearse en todos los contextos y, por consiguiente, de que la utilización del debate, particularmente el filosófico, puede hacerse con todos los pacientes. Aunque la solución "elegante" es la de llevar al paciente a debatir sus ideas irracionales (iBs) de manera filosófica, además de empírica, en algunos casos, particularmente cuando se trata de personas con limitada capacidad intelectual, la repetición de pensamientos racionales (rB) sugerida por Meichenbaum como estrategia psicoterapéutica es, tal vez, la forma más adecuada de plantar cara al problema.

Por último, y teniendo en cuenta la excepción mencionada anteriormente, es común, después de varias sesiones, caer en el hábito de proporcionar al paciente alternativas racionales (rBs) de forma casi mecánica, en lugar de continuar haciendo preguntas sobre sus ideas irracionales (iBs) y enfatizando el debate o cuestionamiento como proceso. El debate permite al paciente desarrollar la habilidad de pensar de forma científica, recogiendo evidencias empíricas para corroborar sus hipótesis. Por esta razón, la TREC favorece el estilo de debate socrático, que, junto con el didáctico, el chistoso o juguetón y el de revelaciones sobre sí mismo, forman parte de los cuatro estilos de debate que pueden ser utilizados por el terapeuta.

I.1. *Estilos de debate*

A pesar de que existe un sinnúmero de posibles variaciones, acabamos de indicar que los cuatro estilos básicos de debate son: 1) socrático, 2) didáctico, 3) chistoso/juguetón y 4) revelador de sí mismo.

ESTILO SOCRÁTICO. Tiene como meta principal el cuestionamiento de las ideas irracionales (iBs) del paciente a través de preguntas enfocadas hacia su carencia de funcionalidad, falta de lógica e inconsistencia empírica. Su propósito es el de incitar y animar al paciente a pensar por sí mismo, en lugar de aceptar automáticamente el punto de vista del terapeuta. Aunque este enfoque depende primordialmente de hacer preguntas, puede también incluir breves explicaciones para corregir errores en el punto de vista del paciente. Por ejemplo, en el caso de un paciente con un problema de perfeccionismo, podría surgir el siguiente diálogo:

Terapeuta: «¿Por qué "debe" hacer una escultura perfecta?».
Paciente: «Porque es mi arte y tengo que realizarme de la mejor manera posible».
Terapeuta: «Comprendo que sea una excelente meta *(aclaración)*. Sin embargo, está yendo mucho mas allá. ¿Por qué "tiene que", "debe", bajo cualquier circunstancia, sin ninguna otra alternativa posible, realizar su obra perfectamente?».

El estilo socrático ayuda al terapeuta a desarrollar su habilidad de escuchar al paciente. En algunos casos, dado que el estilo general de la TREC es directivo, hay terapeutas que suelen interrumpir, o concluir lo que piensa el paciente, muy prematuramente o, especialmente, al comienzo de la práctica clínica, concentrar su atención en lo que ellos van a decir a continuación, en lugar de percibir sutilezas, tal vez no aparentes, en el pensamiento y las emociones del paciente.

Un buen ejercicio para mejorar el estilo socrático es el de grabar una sesión (con autorización del paciente, por supuesto), en la que el terapeuta se propone intervenir sólo con preguntas. A continuación, terminada la sesión, el terapeuta la escucha y analiza detenidamente, preguntándose a sí mismo: ¿Qué fue lo que realmente dijo el paciente? ¿Reflejé esto en mi siguiente pregunta? ¿Hubo alguna otra alternativa tácita en relación a las posibles ideas o sentimientos del paciente? ¿Permití que esto se explorara? ¿Cuestioné la(s) idea(s) principal(es) directa o tangencialmente?

ESTILO DIDÁCTICO. Aunque la TREC favorece el estilo socrático, hacer preguntas no es necesariamente productivo en todas las ocasiones. En distintas etapas del proceso terapéutico, pueden ser necesarias explicaciones de tipo didáctico. Por ejemplo, explicar por qué una idea irracional (iB), en particular, es autodestructiva, por qué su alternativa ra-

cional (rB) podría ser más productiva, particularmente a largo plazo, etcétera.

Sin embargo, es muy importante asegurarse que, al utilizar explicaciones didácticas, el paciente comprende en su totalidad el significado de lo que se está diciendo. Una buena sugerencia para corroborar este punto es la de pedir al paciente que, usando sus propias palabras, explique lo que se está discutiendo. El terapeuta puede decir, por ejemplo: «No estoy seguro(a) de estarme explicando en forma clara. ¿Podría decirme qué cree que estoy tratando de decir?». No es una buena idea aceptar simplemente el comportamiento no verbal del paciente, como señales de asentimiento con la cabeza, como prueba de que lo ha comprendido.

ESTILO CHISTOSO/JUGUETÓN. El uso de humor puede ser una técnica terapéutica muy eficaz. La exageración de una idea irracional en forma jocosa, por ejemplo, puede funcionar de forma paradójica y ayudar al paciente a ver lo poco empírico y, por consiguiente, irracional, de lo que se está diciendo a sí mismo. Por ejemplo:

Paciente: «Durante la fiesta dije una tontería ante una persona que me gusta muchísimo. ¡Fue horrible!».

Terapeuta: «¡Tiene razón! No es solamente algo horrible, sino que no veo cómo va a ser posible que sobreviva a semejante experiencia. ¡Es la peor noticia que he oído en mi vida! De hecho, es tan espantosa que no me creo capaz de poder hablar de ella. Por favor, ¡cambiemos de tema inmediatamente!».

Aunque muy eficaz, la utilización de este estilo sólo debe hacerse si se cumplen ciertos requisitos: 1) hay una buena relación ya establecida entre el terapeuta y el paciente, 2) hay evidencia previa de que el paciente tiene sentido del humor, y 3) es claro que la intervención jocosa está siendo dirigida al pensamiento irracional del paciente y no al paciente como persona.

ESTILO REVELADOR DE SÍ MISMO. Este estilo, como el chistoso, puede ser una poderosa arma terapéutica si se utiliza correctamente. Su propósito es el de permitir al paciente que se enfrente a su propia irracionalidad basándose en los siguientes puntos: 1) el terapeuta también ha experimentado un problema similar al suyo, 2) el terapeuta, en alguna época, pensó de una manera irracional (iB) similar a la suya, y 3) el terapeuta reemplazó dicha manera de pensar irracional (iB) por una racional (rB) y resolvió su problema.

Este estilo ayuda a disminuir el énfasis en las diferencias entre terapeuta y paciente, y a facilitar al segundo la utilización del terapeuta como modelo. Sin embargo, cabe resaltar que, antes de utilizarse, es necesario establecer de antemano, en cada caso en particular, su beneficio potencial para el paciente.

I.2. *Estrategias para debate*

Aprender a pensar racionalmente consiste en aplicar las principales reglas del método científico a la forma de verse a sí mismo, a los otros y a la vida en general. Una hipótesis no es un hecho, sólo una suposición que debe examinarse para determinar si es correcta o no. El aspecto mas importante de la ciencia consiste en la revisión y cambio constante de hipótesis y teorías, y en los intentos de reemplazarlas por ideas más válidas y conjeturas más útiles y flexibles en lugar de rígidas, abiertas en lugar de dogmáticas.

La TREC utiliza tres estrategias básicas en el debate o cuestionamiento de los pensamientos irracionales (iBs): 1) centrarse en la falta de lógica, 2) centrarse en el aspecto empírico/objetivo y 3) centrarse en el aspecto pragmático/práctico. La primera es el núcleo principal del debate filosófico, técnica considerada parte de la TREC "preferencial", mientras que la segunda y la tercera forman parte de las técnicas incluidas en la TREC "general", como ya se explicó anteriormente.

Estrategia 1: Cuestionar la falta de lógica (debate filosófico). El propósito principal es ayudar al paciente a entender por qué su pensamiento irracional es ilógico, contradictorio e inconsistente, ya que la conclusión no corresponde a las premisas sobre las que está basado. Para ello puede utilizarse, por ejemplo, el método socrático, preguntando al paciente, «¿es lógico lo que usted está diciendo?», o el método didáctico, señalando, por ejemplo, la inconsistencia entre una mala actuación en un papel o un mal comportamiento, como premisas, y la condenación del ser humano, a sí mismo o a los demás, como conclusión.

Estrategia 2: Centrarse en el aspecto objetivo (debate empírico). La meta principal es ayudar al paciente a observar y comprobar la evidencia empírica, la veracidad de los hechos, la objetividad de los datos que está utilizando, para comprobar sus hipótesis. En general, los "debo" absolutistas son casi siempre inconsistentes con la realidad empírica. El terapeuta puede hacer preguntas como: «¿Qué prueban los datos? ¿Es

cierto que siempre ha sido así o, aunque elevado, esto ocurre sólo un porcentaje de las veces? ¿Cuál es su probabilidad de ocurrencia?».

Estrategia 3: Centrarse en el aspecto pragmático/práctico (debate empírico). Su propósito es ayudar al paciente a evaluar, de forma práctica, las consecuencias de continuar pensando irracionalmente, a darse cuenta de que mientras mantenga sus "debo" rígidos y las conclusiones que se derivan de ellos, también mantendrá su perturbación emocional. Por ejemplo, el terapeuta puede hacer preguntas como: «¿Qué resultados obtendrá, diferentes de la depresión y la ansiedad, si continúa pensando que debe tener éxito, no importa a qué precio, siempre y en todo lugar?».

Los ejemplos incluidos a continuación pueden servir como resumen general de los puntos principales en el debate filosófico y en el debate empírico de las conclusiones de condenación, tremendismo y baja tolerancia a la frustración.

I.3. *Aplicaciones frecuentes del debate o cuestionamiento*

AUTODEVALUACIÓN (O AUTOCONDENA). Se produce cuando la gente piensa (iB) «*debo* actuar bien para probar que soy una buena persona».

Consecuencia emocional (Ce): Depresión/ansiedad (ansiedad del ego).

Debate filosófico: Devaluar el comportamiento, no la persona.

Por ejemplo, aunque lo realice mal *casi* el 100% de las veces, ¿cómo puedo comprobar que *un* rol/papel me define como *ser humano,* lo cual incluye la totalidad de roles pasados, presentes y futuros, reales y potenciales? Podría utilizarse como analogía el concluir que un recipiente (la esencia) es bueno o malo si las frutas que contiene (roles) son buenas o son malas.

Debate empírico: Evaluar si el comportamiento ha sido malo *todas* las veces o, simplemente, un *porcentaje* de ellas.

Por ejemplo, ¿cómo puedo comprobar que el desempeñar una función mal un cierto número de veces implica que lo he hecho mal el 100% de las veces?

Pensamiento racional (E): Preferiría actuar correctamente. El cometer errores significa que soy humano.

Nueva consecuencia emocional (Ce): La depresión se convierte en tristeza; la ansiedad en decepción y contrariedad.

DEVALUACIÓN/CONDENACIÓN DE LOS DEMÁS. Se produce cuando la gente piensa (iB), «otros *deben* tratarme con consideración y justicia pues, de lo contrario, son seres indeseables y malos, que merecen ser castigados».

Consecuencia emocional (Ce): Ira.

Debates filosófico y empírico: (como el ejemplo anterior).

Pensamiento racional (E): Preferiría ser tratado con consideración pero, si no es así, intentaré encontrar la posible solución a un comportamiento injusto y aceptar, si no ocurre, que los otros tienen derecho a decidir, aunque no me guste lo decidido, en lugar de gastar tiempo y energía pensando en ello y en mis deseos de venganza.

Nueva consecuencia emocional (Ce): La ira se convierte en enojo, irritación, enfado.

TREMENDISMO: Se produce cuando la gente piensa (iB) que algo es *catastrófico y terrible.*

Consecuencia emocional (Ce): Pánico.

Debate filosófico: Si (A) fuese así, implica que habrá *momentos* muy desagradables. Sin embargo, ¿cómo prueba esto que *mi vida,* en todos sus aspectos, sería horrible, una verdadera catástrofe?

Debate empírico: Catastrófico y terrible implican que (A) es *totalmente* malo(a), lo que no está de acuerdo con la realidad, ya que siempre podría ser *peor.* Tampoco puede ser *más* que malo, o un 101% malo.

Pensamiento racional (E): Esto (A) podría llegar a ser muy inconveniente, pero no horrendo, catastrófico, espantoso.

Nueva consecuencia emocional (Ce): El pánico se convierte en preocupación, desagrado.

BAJA TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN: Se produce cuando la gente piensa (iB) que el mundo/la vida *deben* ser justos, no muy difíciles ni requerir mucho esfuerzo, ya que, de lo contrario, no podrían *tolerar* dicha *incomodidad.*

Consecuencia emocional (Ce): Ansiedad (situacional).

Debate filosófico: Por ley de probabilidad, nada tiene un 100% de garantía. Ciertos factores pueden *incrementar* dicha probabilidad, pero no pueden *asegurar* resultado alguno. Además, ¿quién ha dicho que la vida es *siempre* justa y que el *desear* algo implica que *tengo que* obtenerlo, no importa ni cómo ni cuándo?

Debate empírico: La incomodidad es *soportable* y puedo tolerarla, pues me he sentido incómodo(a) muchas veces y aún no he muerto.

Pensamiento racional (E): Aun cuando estoy verdaderamente incómodo y no puedo hacer nada para cambiarlo, puedo seguir viviendo y encontrar felicidad en otros aspectos de mi existencia.

Nueva consecuencia emocional (Ce): La ansiedad se convierte en incomodidad.

II. TAREAS PARA CASA

La TREC ha introducido el concepto de *tareas para casa* como una herramienta muy útil en el proceso psicoterapéutico. Su propósito principal es ayudar al paciente a reforzar lo adquirido durante la sesión terapéutica, como su nueva filosofía racional (E) o su habilidad para debatir (D), a través de ejercicios para practicar en casa, entre una sesión y otra, cuando el sujeto tiene que funcionar en el mundo real. Esto, entre otras cosas, facilita el proceso de generalización de lo aprendido en la sesión de terapia, a la vida cotidiana. Le permite también al terapeuta revisar, de forma sistemática, el progreso del paciente.

Entre sus metas específicas están: 1) cambiar un comportamiento ineficiente o establecer uno adaptativo, 2) reducir pensamientos irracionales (iBs) y reemplazarlos por ideas más racionales y eficaces (rBs), y 3) evaluar el grado de comprensión por parte del paciente de los principios básicos de la TREC.

Las tareas para casa son parte rutinaria de las sesiones de la TREC. En cada una de éstas, el terapeuta se pregunta a sí mismo, ¿qué podría hacer mi paciente durante la semana para poner en práctica lo que hemos discutido durante esta sesión? Normalmente, las tareas se asignan al final de la sesión y se revisan durante los primeros minutos de la sesión siguiente. Su contenido se diseña, por lo general, con la ayuda del paciente, tratando de que quede claro el propósito específico, lo que aumenta la probabilidad de obtener su cooperación. Por ejemplo, el terapeuta puede preguntar al paciente: ¿Cree usted que podría hacerlo?, ¿qué hará para poder recordar lo que tiene que hacer? Una técnica utilizada con frecuencia es la de dar la tarea por escrito, lo que la formaliza y le añade credibilidad e importancia.

Hay tareas de muchas clases: de lectura, de escritura, para escuchar, de imaginación, cognitivas, emotivas, conductuales, de relajación, etc., ya que una forma de optimizar el aprendizaje es la utilización de multitud de técnicas y modalidades. Si son únicamente parte del modelo de la

TREC, se las considera, como debate filosófico, TREC "preferencial". Si son compartidas por otros modelos psicoterapéuticos cognitivo-conductuales, como el debate empírico, son parte de la TREC "general".

Normalmente, cuatro son las características de las tareas útiles: consistencia, seguimiento sistemático, especificidad y grandes pasos.

Consistencia. Una tarea debe ser relevante/consistente con el trabajo que se ha hecho en la sesión de terapia correspondiente, en lugar de ser asignada de forma arbitraria, o de reforzar sólo elementos tangenciales. Por ejemplo, utilizar el debate o cuestionamiento durante diez minutos, tres veces a la semana, para combatir la baja tolerancia a la frustración que impide a un paciente sobreponerse a la incomodidad que le genera discutir con su jefe un aumento de salario justo, en lugar de sugerir a dicho paciente que haga un balance coste-beneficio para pedir un aumento de sueldo.

Seguimiento sistemático. Las tareas deben asignarse y revisarse en cada sesión de forma sistemática. Su repetición o las variaciones de la misma pueden ser muy útiles. No hay que suponer que un área del problema queda resuelta si el paciente completa una sola tarea.

Especificidad. Las tareas deben ser asignadas con suficiente detalle e instrucciones muy claras y específicas. Por ejemplo, pedir al paciente que genere cinco posibles soluciones a un dilema en particular, en lugar de pensar en tantas como le sea posible.

Grandes pasos. La TREC suele seguir el modelo de la inundación en lugar del de la desensibilización gradual. La retroalimentación semanal permite al terapeuta determinar el tamaño de los pasos. Por ejemplo, pedir a un paciente con problemas de timidez con el sexo opuesto que trate de iniciar una conversación con cuatro mujeres esa semana, en lugar de hablar con una sola.

Las tareas más frecuentes en la TREC preferencial incluyen el Formulario de autoayuda, los Diarios, la Biblioterapia y las audiocasetes, y los Ejercicios para atacar la vergüenza (explicados detalladamente en la sección de Ejercicios emotivos).

II.1. *Formulario de autoayuda*

Este formulario ha sido diseñado originalmente por el Instituto de Terapia Racional Emotiva de Nueva York, quien ha autorizado su traducción y adaptación. En el cuadro 7 se describe dicho formulario.

CUADRO 7. *Formulario de autoayuda de la* TREC *empleado en las tareas para casa*

FORMULARIO DE AUTOAYUDA DE LA TREC

Institute for Rational-Emotive Therapy
45 East 65th Street, New York, N.Y. 10021
(212) 535-0822

(A) ACONTECIMIENTOS ACTIVANTES, pensamientos, o sentimientos que ocurrieron justo antes de sentirme emocionalmente perturbado o de actuar de forma autodevaluadora: ______________________

____

(C) CONSECUENCIA O CONDICIÓN - sentimiento perturbador o conducta autodevaluadora - que generé y me gustaría cambiar:

____

____

(B) CREENCIAS - CREENCIAS Irracionales (iBs) que conducen a mi CONSECUENCIA (perturbación emocional o conducta autodevaluadora). Rodea con un círculo todas las que se apliquen a estos ACONTECIMIENTOS ACTIVANTES (A).

(D) REFUTACIONES para cada CREENCIA IRRACIONAL rodeada con un círculo. Ejemplos: «¿Por qué DEBO hacerlo muy bien?». «¿Dónde está escrito que soy una MALA PERSONA?». «¿Dónde se encuentra la evidencia de que DEBO ser aceptado?».

(E) CREENCIAS RACIONALES EFICACES (rBs) para reemplazar a mis CREENCIAS IRRACIONALES (iBs). Ejemplos: «PREFERIRÍA hacerlo muy bien pero no TENGO QUE hacerlo necesariamente». «Soy una PERSONA QUE actúa mal, no una MALA PERSONA». «No existe evidencia de que TENGA QUE ser aceptado, aunque me GUSTARÍA».

1. ¡DEBO hacerlo bien o muy bien! ....

2. Cuando actúo de forma estúpida es porque soy una PERSONA MALA o SIN VALÍA. ....

3. ¡DEBO ser aceptado por la gente a la que considero importante! ....

4. ¡NECESITO que me quiera alguien que se preocupe mucho por mí! ....

5. Si me rechazan quiere decir que soy una PERSONA MALA, INDESEABLE. ....

6. ¡La gente DEBE tratarme correctamente y darme lo que NECESITO!

7. ¡La gente DEBE vivir con arreglo a mis expectativas; de lo contrario será TERRIBLE!

8. ¡La gente que actúa de forma inmoral es GENTE INDIGNA, CORRUPTA!

9. ¡NO PUEDO SOPORTAR las cosas malas o la gente difícil!

10. Mi vida DEBE tener pocas dificultades o problemas importantes.

11. ¡Es HORRIBLE cuando las cosas importantes no marchan como yo quiero!

12. ¡NO PUEDO SOPORTAR que la vida sea tan injusta!

13. ¡NECESITO mucha gratificación inmediata y TENGO QUE sentirme desgraciado cuando no lo consigo!

Otras creencias irracionales:

(F) SENTIMIENTOS y CONDUCTAS que he experimentado después de haber llegado a mis CREENCIAS RACIONALES EFICACES: ____________________

ME ESFORZARÉ EN REPETIR FRECUENTEMENTE MIS CREENCIAS RACIONALES EFICACES, DE MODO QUE CONSIGA ESTAR MENOS PERTURBADO AHORA Y ACTUAR DE FORMA MENOS AUTODEVALUADORA EN EL FUTURO.

Joyce Sichel, Ph. D. y Albert Ellis, Ph. D.

II.2. *Diarios*

Existe una gran variedad de posibilidades de diseñar diarios, ya que es una técnica que, aunque es utilizada por otros modelos cognitivo-conductuales, puede también formar parte de la TREC general, como, por ejemplo, si se pide al paciente que lleve un registro del número de veces que un comportamiento en particular ocurrió durante esa semana, o si se le pide que registre el momento del día en particular donde alcanza la puntuación más alta en las unidades subjetivas de malestar, discutidas en la sección correspondiente de este libro. Sin embargo, si el propósito primordial del diario es el de identificar ideas irracionales (iBs), reemplazarlas por pensamientos racionales (rBs) y/o reforzar la práctica del debate, particularmente el filosófico, se le considera una técnica preferencial.

En los cuadros 8 y 9, respectivamente, incluimos dos ejemplos diseñados inicialmente por el Instituto de Terapia Racional Emotiva de Nueva York, traducidos y adaptados para este libro, que son: 1) la identificación de las ideas irracionales y 2) el diario de debate.

II.3. *Biblioterapia y audiocasetes*

Una manera de aumentar y consolidar el conocimiento y comprensión de los principios básicos de la TREC es la asignación de lecturas especializadas, como libros, artículos de revistas y panfletos, y/o escuchar audiocasetes pregrabados. La lista de algunas publicaciones traducidas al castellano está incluida en el cuadro 10. Un gran número de ellas existe solamente en inglés y puede obtenerse directamente del Institute for Rational-Emotive Therapy, 45 East 65th Street, 10021 Nueva York, NY, USA.

En algunos casos, terapeuta y paciente pueden generar sus propios audiocasetes, grabando una o varias de las sesiones de psicoterapia y haciendo que este último las escuche, entre sesión y sesión, como tarea para casa.

Otra manera de utilizar la grabadora es la de asignar al paciente la tarea de preparar una cinta en la que presente una de sus ideas irracionales (iB) más frecuente y, a continuación, en el mismo audiocasete, los argumentos en su contra. Luego, el paciente escucha la cinta y trata de observar elementos importantes como, por ejemplo, si la duración o la

CUADRO 8. *Hoja para la identificación de ideas irracionales utilizada como diario*

HOJA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE IDEAS IRRACIONALES

El propósito de este Diario es recoger información sobre su forma de pensar en situaciones problemáticas, permitiéndole descubrir sus ideas irracionales (iB) específicas más frecuentes, ya que éstas tienden a presentarse en más de una ocasión y bajo circunstancias/acontecimientos activantes (A) diferentes. Después de algunos días, es probable que comiencen a surgir ciertos patrones en los que un número dado de sucesos activantes (A) evoquen una idea irracional (iB) en particular, o en los que un acontecimiento activante (A) específico evoque más de una idea irracional (iB). Esta información le permitirá saber cuándo y dónde estar alerta para utilizar sus habilidades de Debate. Este Diario puede también servir como resumen al material proveniente del formulario *Análisis de ideas.*

SEMANA: ______________________

COLUMNA 1: EXPECTATIVA/ IDEA IRRACIONAL (iB) (P. ej., Debo ser tratado/a de forma justa)	COLUMNA 2: ACONTECIMIENTO/ SITUACIÓN QUE LA PROVOCA (A) (P. ej., Discusión con mi pareja)
Primer día	
______________________	______________________
Segundo día	
______________________	______________________
Tercer día	
______________________	______________________
Cuarto día	
______________________	______________________
Quinto día	
______________________	______________________
Sexto día	
______________________	______________________
Séptimo día	
______________________	______________________

ANÁLISIS SEMANAL

¿Qué idea irracional se manifestó en varias situaciones durante esta semana? (La misma iB en la columna 1 bajo distintas A en la columna 2).

Durante el mismo evento, ¿qué ideas irracionales surgieron? (Distintas iB en la columna 1 bajo la misma A en la columna 2).

CUADRO 9. *Ejemplo de un diario de debate o cuestionamiento utilizado en la TREC*

DIARIO DE DEBATE

Utilice este Diario para practicar sus habilidades de Debate (D) o Cuestionamiento y reforzar su nueva filosofía racional (E), acumulando sus experiencias por escrito.

En la columna 1, resuma las situaciones (A) que suelen provocar pensamientos irracionales.

En la columna 2, haga una lista de cualquier idea o pensamiento poco productivo/irracional (iB) que se le venga a la cabeza en cada acontecimiento/situación descrito en la columna 1.

En la columna 3, resuma los argumentos que utilizó, o que hubiese querido utilizar, para debatir o cuestionar cada una de las ideas irracionales de la columna 2.

Si lo desea, coloque una puntuación de 1 a 5 (5 = muy útil; 4 = algo útil; 3 = neutral; 2 = poco útil; 1 = nada útil) en el espacio al lado derecho de la columna 3, frente a cada uno de los argumentos utilizados para debatir o cuestionar sus ideas irracionales. Esto le permitirá evaluar lo eficaces que son. Recuerde que el cambio emocional cualitativo (Ce) es el criterio más importante en dicha evaluación.

SITUACIÓN/ ACONTECIMIENTO (A)	PENSAMIENTO/IDEA IRRACIONAL (iB)	ARGUMENTO QUE LE CONTRARRESTA (D)
(P. ej., Fallé en mi trabajo)	(P. ej., Siempre debo funcionar bien; no tolero los errores; soy un fracaso)	(P. ej., Es preferible, pero No absolutamente necesario tener éxito; de él no depende mi valor como ser humano)
________	________	________
________	________	________
________	________	________
________	________	________

fuerza con la que presenta el debate (D), o la interpretación racional (rB) alternativa, son mayores o menores que las que utiliza al describir inicialmente su percepción irracional de la situación (A).

CUADRO 10. *Lista de algunas publicaciones en castellano de la TREC*

Ellis, A. (1980). *Razón y emoción en psicoterapia.* Bilbao: Desclée de Brouwer (Or.: 1962).
Ellis, A. y Abrahms, E. (1980). *Terapia racional emotiva.* México: Pax-México (Or.: 1978).
Ellis, A. y Bernard, M. E. (1990). *Aplicaciones clínicas de la terapia racional emotiva.* Bilbao: Desclée de Brouwer (Or.: 1985).
Ellis, A. y Dryden, W. (1989). *Práctica de la terapia racional-emotiva.* Bilbao: Desclée de Brouwer (Or.: 1987).
Ellis, A. y Grieger, R. (1981). *Manual de terapia racional-emotiva, vol. I.* Bilbao: Desclée de Brouwer (Or.: 1977).
Ellis, A. y Grieger, R. (1990). *Manual de terapia racional-emotiva, vol. II.* Bilbao: Desclée de Brouwer (Or.: 1986).
Ellis, A. y Lega, L. (1993). Cómo aplicar algunas reglas básicas del método científico al cambio de ideas irracionales sobre uno mismo, otras personas y la vida en general. *Psicología Conductual, 1,* 101-110.
Lega, L. I. (1991). La terapia racional-emotiva: Una conversación con Albert Ellis. En V. E. Caballo (dir.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta.* Madrid: Siglo XXI.
Lega, L. I. (1993). Diferencias transculturales en el uso de algunas técnicas de terapia racional-emotiva: ejercicios para atacar la vergüenza. *Psicología Conductual, 2,* 221-233.

II.4. *Ejercicios emotivos*

Al igual que las tareas para casa, los debates filosóficos y empíricos y otro sinnúmero de técnicas psicoterapéuticas se consideran TREC preferencial si tienen como meta llevar, en último término, a un profundo cambio filosófico (E) en la manera de pensar del paciente, es decir, si éste aprende a reemplazar de forma consistente y eficaz sus "debo" rígidos (iB) por una forma funcional (rB) de ver la vida, de verse a sí mismo y a los demás, y si las consecuencias emocionales (Ce) y conductuales (Cc) así lo corroboran.

Como se ha descrito en el capítulo 2 de este libro, Ellis (1962, 1994) enfatizaba en la década de los cincuenta la importancia del componente emocional en la entonces terapia racional, convirtiéndola en terapia racional emotiva en la década de los sesenta y, posteriormente, en la déca-

da de los noventa, en terapia racional emotivo-conductual. Aunque la meta final es el cambio cognitivo, los ejercicios de tipo preferencial, descritos en este capítulo, han sido diseñados con el propósito de resaltar el aspecto emocional y, por supuesto, el conductual, del proceso psicoterapéutico. Otras técnicas que forman parte de la TREC general están incluidas en capítulos posteriores.

La técnica emotiva o emotivo-conductual más característica de la TREC es la que se conoce como Ejercicios para atacar la vergüenza, y se describirá detalladamente a continuación, junto con la Lista de emociones negativas racionales *versus* irracionales y una "versión preferencial" del empleo de las unidades subjetivas de malestar.

II.4.1. Ejercicios para atacar la vergüenza

Su propósito es ayudar al paciente a cambiar su filosofía irracional básica. Durante un ejercicio para atacar la vergüenza, el paciente actúa en público de una manera deliberadamente vergonzosa, tratando, al mismo tiempo, de aceptarse a sí mismo, a pesar de su comportamiento inaceptable y de tolerar la incomodidad que esa conducta le pueda producir. Para aceptarse a sí mismo, el paciente tiene que cambiar la suposición subyacente (iB) de «Debo comportarme bien o carezco de valor como ser humano», mientras que para desarrollar tolerancia a la frustración se requiere un cambio en la creencia subyacente (iB) de que «No debo sentir ninguna incomodidad, ya que esto sería verdaderamente horrible». Las creencias racionales (rBs) serían, respectivamente: «Prefiero comportarme bien, pero si no lo hago puedo seguir aceptándome» y «Aunque me sienta profundamente incómodo/a, puedo tolerar y sobreponerme a dicha frustración».

Vale la pena aclarar que los ejercicios para atacar la vergüenza constituyen una técnica emocional que no incluye ninguna actividad que suponga algún tipo de riesgo para el paciente u otras personas, sino que se trata de actividades en las que se utilizan pequeñas infracciones de reglas sociales, o conductas "socialmente torpes", como anunciar en voz alta el nombre de las estaciones del metro cada vez que para en una de ellas o llevar ropa extremadamente llamativa, como medio de combatir la vergüenza.

Es importante añadir también que la aplicación adecuada de procedimientos psicoterapéuticos en distintas culturas es un elemento primordial para la eficacia de la intervención terapéutica. Un estudio comparativo basado en la recogida de datos realizada por Lega (1993)

durante más de diez años, en calidad de supervisora y terapeuta de este modelo teórico de la TREC en poblaciones angloparlantes e hispanoparlantes, muestra diferencias significativas entre los terapeutas latinoamericanos y los estadounidenses en la utilización de los ejercicios para atacar la vergüenza. Ante la pregunta «¿Por qué no?», la respuesta más frecuente de los terapeutas latinoamericanos era: «Es imposible lograr que los pacientes realicen los ejercicios». Estas diferencias pueden explicarse parcialmente por las diferencias en los factores que determinan los patrones de comportamiento social, en general, en cada una de esas culturas. Por ejemplo, el sentido del ridículo en poblaciones hispanoparlantes podría tener una mayor importancia que en otras poblaciones. Una variable distinta podría ser la traducción "literal" de dichos ejercicios, teniendo en cuenta que la misma actividad puede tener distintas connotaciones en diferentes culturas. Este punto parece ser corroborado por datos provenientes de estudios piloto que la autora está llevando a cabo actualmente en España y Latinoamérica donde, por ejemplo, pedir dinero prestado a un profesor es embarazoso, pero se ha realizado, mientras que pasear una banana atada a una soga, como si fuese un perrito, o gritar en voz alta las paradas del metro o del autobús, son actividades consideradas como imposibles de realizar por los hispanoparlantes, pero no por su contraparte angloparlante.

A continuación, incluimos algunos ejemplos de actividades generadas por poblaciones de habla hispana que pueden utilizarse como ejercicios para atacar la vergüenza:

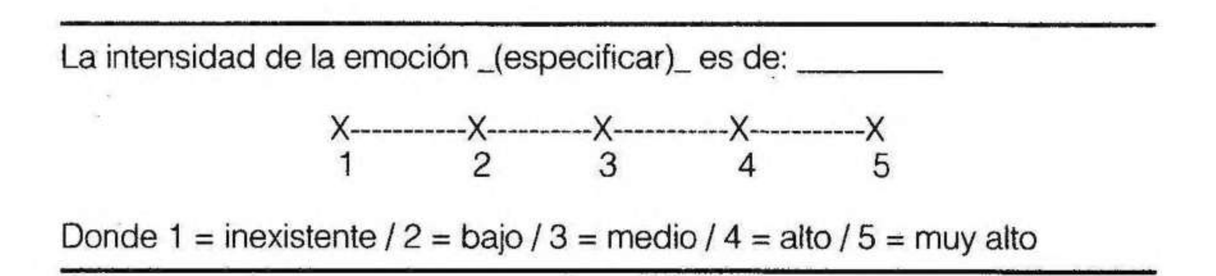
1. Pedir una bebida en la cafetería de la universidad y decir después de consumirla que tendrá que pagarla al día siguiente porque no tiene dinero.
2. Saludar muy efusivamente a una persona a quien no se conoce, preguntarle por la familia, su estado de salud, etcétera.
3. Cantar una canción en voz alta, mientras camina por los pasillos del lugar donde trabaja o donde estudia.
4. Vestir de forma extraña como, por ejemplo, usar un zapato o un calcetín distinto del otro.
5. Como terapeuta, realice usted un ejercicio para atacar la vergüenza. Esto le dará una mejor perspectiva en relación a la posible dificultad que pueden experimentar sus pacientes.

Por último, es importante recordar que, en más de una ocasión, el paciente puede pasar varias semanas trabajando en el aspecto conduc-

tual de una tarea antes de que ocurran cambios en los aspectos emocional y/o cognitivo. Discutir sus expectativas e investigar las causas de los fallos en la realización de tareas facilitan el proceso psicoterapéutico.

II.4.2. Unidades subjetivas de malestar

Las unidades subjetivas de malestar (USM) son utilizadas, generalmente, para tratar de cuantificar una emoción empleando como punto de referencia el informe del propio paciente sobre la intensidad de su estado emocional en un momento determinado. La escala sigue un formato Likert, donde se ofrece al paciente la opción de escoger un nivel dentro de un rango que va desde "muy alto" hasta "inexistente", variando dependiendo del caso. Una especificación gráfica, como la siguiente, puede ser muy útil.


La intensidad de la emoción _(especificar)_ es de: ________

X-----------X-----------X-----------X-----------X
1 2 3 4 5

Donde 1 = inexistente / 2 = bajo / 3 = medio / 4 = alto / 5 = muy alto

Puede utilizarse en un sinnúmero de ocasiones, acompañando a una gran variedad de técnicas y ejercicios. Por ejemplo, en el contexto de un ejercicio "en vivo", se le pide a un paciente muy tímido que se ponga de pie delante del grupo de terapia y mencione alguna de sus cualidades:

Terapeuta: «Utilizando la escala de 1 a 5 que tiene frente a usted, ¿qué nivel de ansiedad siente en este momento?».

Otro ejemplo sería en un ejercicio "in vitro" durante la sesión de terapia o utilizando el Formulario de autoayuda o el Diario de debate.

Terapeuta: «Al pensar irracionalmente (especificar iB), ¿qué emoción está experimentando? ¿Cuál es la intensidad de esta emoción, utilizando la escala de 1 a 5 que tiene ante usted?».

(Después de que el paciente responda)

Terapeuta: «Ahora, utilice el argumento que contrarresta esa idea irracional. ¿Qué está sintiendo? ¿Cambió el tipo de emoción? Utilizando la misma

escala, ¿cuál es la intensidad de esa nueva emoción? Si la emoción es la misma, ¿cambió su puntuación inicial en la escala de 1 a 5?».

II.4.3. Formulario para reacciones de vergüenza

El formulario descrito en el cuadro 11 puede utilizarse para recopilar información y evaluar su progreso en la utilización de ejercicios para atacar la vergüenza.

CUADRO 11. *Formulario para recoger información de los Ejercicios para atacar la vergüenza*

FORMULARIO PARA REACCIONES DE VERGÜENZA

El siguiente formulario puede utilizarse para recopilar información y evaluar su progreso en la utilización de Ejercicios para atacar la vergüenza.

PARTE I

En la columna 1, resuma brevemente la situación en la que se expuso a sentir vergüenza.

En la columna 2, describa su reacción emotiva inicial, incluyendo una puntuación de 1 (inexistente) a 5 (muy fuerte) en unidades subjetivas de malestar (USM).

En la columna 3, escriba su pensamiento principal, lo que se decía a sí mismo en ese momento. Si fue racional, termine aquí. Si no, continúe con la parte II.

PARTE II

En la columna 4, resuma los argumentos que utilizó o hubiese querido utilizar, para debatir o cuestionar lo que pensó inicialmente.

En la columna 5, describa su nueva reacción emotiva e incluya una puntuación en unidades subjetivas de malestar de 1 (inexistente) a 5 (muy alto).

SITUACIÓN VERGONZOSA	EMOCIÓN INICIAL	USM (de 1 a 5)	PENSAMIENTO INICIAL
______	______	___	______
______			______
______			______
______			______

ARGUMENTOS/ DEBATE	NUEVA EMOCIÓN	NUEVAS USM (de 1 a 5)
______	______	___
______		
______		
______		

II.4.4. Lista de emociones negativas racionales/apropiadas *versus* irracionales/inapropiadas

Un punto muy importante en la TREC es tener presente que el pensar en forma racional no implica, de ninguna manera, dejar de sentir emociones negativas. De hecho, hay emociones negativas que son indicio de una buena adaptación emocional. El criterio básico para clasificar una emoción negativa como racional *versus* irracional es su funcionalidad, es decir, el grado en que facilita o dificulta la obtención de metas, especialmente a largo plazo. La siguiente lista tiene como propósito diferenciar las unas de las otras.

CONTEXTO	*EMOCIÓN IRRACIONAL*	*EMOCIÓN RACIONAL*
(Percepción de A)		
Como amenaza o peligro	Ansiedad, angustia	Preocupación
Como pérdida o fallo (con implicaciones para el futuro)	Depresión	Tristeza
Como frustrante; como ruptura de una regla personal (por parte de otros o de sí mismo)	Ira	Enojo, enfado
Como ruptura del código moral propio	Culpa	Remordimiento
Como reveladora de un defecto personal	Vergüenza	Pesadumbre, pesar
Como traición de otros	Sentirse herido	Sentirse disgustado

Esta lista puede utilizarse como base para asegurar que el lenguaje utilizado por paciente y terapeuta es el mismo. A veces, es necesario emplear algún tiempo en ello, pidiendo ejemplos de situaciones en las que el paciente experimentó una u otra emoción en particular.

5. IMÁGENES RACIONAL EMOTIVAS E HIPNOTERAPIA RACIONAL EMOTIVA

Entre las técnicas más populares de la TREC general se encuentran las Imágenes racional emotivas y la Hipnoterapia racional emotiva, adaptadas de los trabajos originales de Maultsby (1971) y Jacobson (1938), respectivamente, y que describiremos a continuación en este capítulo.

I. IMÁGENES RACIONAL EMOTIVAS

En psicoterapia hay pacientes que continúan produciendo comportamientos disfuncionales a pesar de sus obvias consecuencias destructivas. La TREC explica parcialmente este fenómeno como producto de la fuerza de un hábito que ha sido desarrollado y practicado durante mucho tiempo, adquiriendo características de reflejo condicionado, lo que, a su vez, hace que parezca (erróneamente) como algo fuera del control consciente del paciente e imposible de eliminar o cambiar. Sin embargo, dicho paciente puede lograr este cambio extinguiendo primero sus respuestas emocionales condicionadas a la situación o Acontecimiento Activante (A) y, al mismo tiempo, recondicionando sus respuestas a pensamientos, emociones y comportamientos racionales ante la misma situación. Una técnica muy eficaz en este proceso son las Imágenes racional emotivas, inicialmente desarrollada por Maultsby al comienzo de los años setenta y cuya versión desde la perspectiva de la TREC, desarrollada posteriormente por Ellis, incluimos en este capítulo.

Las imágenes racional emotivas se basan en la hipótesis neurofisiológica (Eccles, 1958) de que no sólo las experiencias reales sino también el uso de la imaginación sirven para crear conexiones y circuitos del impulso nervioso. Por esta razón, la práctica mental puede servir para desarrollar hábitos de pensamiento racional y facilitar emociones que son producto de ellos.

Si se utiliza correctamente, pueden lograrse tres resultados psico-

terapéuticos: 1) el paciente extingue su condicionamiento al estímulo externo que juega el papel más importante en desencadenar las respuestas emocionales indeseadas; 2) el paciente crea marcos de referencia mentales para comportarse racionalmente, lo que incrementa la probabilidad futura de un comportamiento racional real, y 3) el paciente aprende a dialogar racionalmente consigo mismo tan fácil y naturalmente como antes lo había hecho de forma irracional.

A pesar de ser una técnica muy eficaz, pueden existir dos problemas potenciales en la utilización de imágenes racional emotivas:

1. El paciente evoca imágenes vagas, poco claras, pues su habilidad para "pensar en imágenes" es limitada. El enorme rango en la habilidad de producir imágenes vívidas y reales hace pensar que puede ser una característica predeterminada biológicamente en los seres humanos. En este caso, es muy poco lo que podríamos hacer para cambiarla. Afortunadamente, aunque esta habilidad ayuda, no es esencial para una eficiente reeducación emocional. El cerebro de quienes piensan en "conceptos" en lugar de "imágenes" simplemente toma un poco más de tiempo para llegar a los mismos resultados. Curiosamente, esto parece ser compensado por el hecho de que los primeros parecen ser menos irracionales, temperamentales y fóbicos que los segundos.
2. El paciente produce otros pensamientos que sirven como sofisma de distracción. Aunque la mejor forma de manejar esto parece ser ignorar dichos pensamientos, si parecieran persistir, la utilización de imágenes racional emotivas pudiera ser prácticamente imposible. En ese caso, puede utilizarse algún tiempo en el examen de lo que podría ser "pensamiento mágico", donde el paciente cree que puede hacer que algo no ocurra "si no piensa en eso" y, una vez resuelto, ensayar nuevamente el ejercicio.

En su versión original de la técnica de las imágenes racional emotivas, Maultsby pide a sus pacientes que regresen a los pensamientos racionales, previamente desarrollados con su ayuda, para manejar la situación problema y los utilicen para cambiar sus emociones negativas, de inapropiadas a apropiadas. Como este procedimiento tiene gran parte en común con el debate o cuestionamiento, Ellis ha desarrollado una versión para ser utilizada primordialmente como instrumento para provocar emociones y asistir al paciente en el entendimiento de la conexión entre forma de pensar y forma de sentir (B-C), más que, como lo utiliza Maultsby, para reforzar directamente el debate o cuestionamiento de

ideas irracionales. Hay quienes prefieren utilizar la versión de Ellis al comienzo del proceso psicoterapéutico, facilitando al paciente la adquisición de la habilidad de identificar, profundizar y evaluar su pensamiento y sus consecuencias emocionales y conductuales, y luego utilizar la versión de Maultsby en etapas posteriores, cuando dicho paciente necesita práctica en su filosofía racional, previamente establecida.

A continuación, incluimos en detalle el procedimiento para utilizar la versión de Ellis de la técnica de imágenes racional emotivas, traducida y adaptada con autorización del Instituto de Terapia Racional Emotiva de Nueva York.

I.1. *Pasos a seguir para el empleo de imágenes racional emotivas*

Los pasos a seguir en el empleo de las imágenes racional emotivas son los siguientes:

1. Imagine una de las peores cosas que puedan sucederle, como ser rechazado por alguien a quien usted quiere mucho, caer enfermo, fracasar en un proyecto muy importante, etc. Trate de hacerlo lo más vívidamente posible. Piense también en todos los problemas que esta situación puede ocasionarle en su vida.
2. Trate de experimentar en este momento, tan intensamente como le sea posible, los sentimientos o consecuencias emocionales (Ce) que le perturban e impiden ser feliz, como ansiedad, depresión, ira, lástima de sí mismo, etc. Asegúrese de sentir lo que realmente experimenta en dicha situación y no lo que cree que debería sentir. Deje que estos sentimientos afloren tan real, espontánea e intensamente como le sea posible.
3. Una vez que lo logre y se esté sintiendo muy afligido, derrotado, con dificultad para funcionar adecuadamente al imaginarse esa situación, conserve este sentimiento durante un par de minutos. A continuación, reemplázelo por un sentimiento que, aunque negativo, sea funcional y apropiado. Usted mismo puede escogerlo y prescribírselo. Por ejemplo, si está enfurecido (Ce nº1) porque se imagina que alguien le trata injustamente (A), puede intentar reemplazar su ira hacia él (ella) por un profundo desagrado (Ce nº2) hacia lo que esa persona está haciendo. O si siente pánico (Ce nº1) por funcionar mal en una entrevista muy importante (A), reemplazarlo por preocupación (Ce nº2) hacia lo

que hace mal y no por ansiedad ante su actuación deficiente. Al imaginar adversidades, también puede prescribirse otras emociones funcionales negativas como tristeza, arrepentimiento, pesadumbre y enfado, en lugar de su contraparte negativa y poco funcional como depresión, culpa, terror y furia.

4. Al hacer la sustitución de emociones negativas inadecuadas por otras negativas pero potencialmente funcionales, asegúrese de que no está utilizando como mecanismo el cambiar la imagen del Acontecimiento Activante (A), sino que, manteniendo exactamente la misma imagen aversiva (A), evoque su emoción inadecuada (Ce nº1) y, luego, reemplázela por una adecuada (Ce nº2). Por ejemplo, el cambio descrito en el punto 3, al pasar de la ira al desagrado, no es simplemente producto de imaginar que aquella persona importante para usted ya no le trata injustamente.

5. No utilice tampoco, como único recurso, sofismas de distracción como relajación, *biofeedback* o meditación, para cambiar sus emociones, ya que esto es una solución temporal que no cambia la causa real del problema, que es el pensamiento de fondo irracional y dogmático. Por ejemplo, continuando con el caso presentado en el punto 3, si reduce su ira a través de la meditación únicamente, la filosofía irracional que hay detrás de ella, es decir, «no debo ser tratado de esta forma y quienes lo hacen son personas horribles» permanece intacta e, inevitablemente, el problema volverá a ocurrir la próxima vez que se presente la situación (A) y sea tratado injustamente. En la utilización correcta de las imágenes racional emotivas, esas técnicas, como relajación, pueden utilizarse como estrategia inicial pero no como método único.

6. Las verdaderas imágenes racional emotivas son aquellas en las que se trabaja para producir un cambio en las emociones que se generan espontáneamente, de negativas-inapropiadas a negativas-funcionales. Esto se hace a través del diálogo con uno mismo, donde usted se presenta a sí mismo, de manera enérgica y repetitiva, una idea racional (rB) o una frase adquirida como estrategia de cuestionamiento de la idea irracional (iB). Por ejemplo, en el caso del punto 3, pensando (rB): «Sí, detesto su comportamiento, pero no tengo que detestarle como persona» o «fui tratado de una forma muy desagradable, pero el que yo prefiera que no sea así no les obliga a ellos a comportarse de acuerdo a mis deseos. Puedo tratar de decírselo, sin sentirme iracundo, porque creo que están obrando injustamente y, tal vez, lograr que cambien, aunque de esto último no tengo ninguna garantía. Si esto persiste, puedo retirarme y dejar de frecuentar su compañía».

7. Si la técnica de las imágenes racional emotivas se utiliza de forma correcta, usted caerá en la cuenta de que el cambio emocional sólo le lleva unos pocos minutos. ¡Persista! No se dé por vencido. Recuerde que es usted mismo quien se crea sus propios sentimientos de pánico, depresión, ira y odio como consecuencia de su forma irracional de ver las cosas. Por consiguiente, es usted quien realmente puede cambiarlos por emociones más adecuadas, las cuales le ayudarán a afrontar las situaciones-problema y, en último término, resolverlas o, de no ser posible, vivir una vida razonablemente feliz a pesar de ellas. Persista hasta que realmente sienta de la forma apropiada y funcional prescrita por usted mismo como sustituto a sus emociones iniciales autodestructivas.

8. Una vez haya logrado esto, usted puede utilizar las imágenes racional emotivas para resolver sus sentimientos perturbadores secundarios como pueden ser la culpa (Ce inicial que se convierte en A), como consecuencia de haberse enfurecido con alguien (nueva Ce o Ce secundaria). Puede comenzar, por ejemplo, por imaginar vívidamente cómo siente espontáneamente ira consigo mismo, o depresión (Ce secundaria) por continuar con sus "berrinches" (Ce inicial convertida en A), mantenga esta imagen y detéstese a sí mismo durante un corto período de tiempo. Luego, cambie el diálogo consigo mismo y su filosofía (B) de tal forma que sienta únicamente las emociones negativas funcionales que usted se ha prescrito en casos de ira autoderrotista (Ce convertida en A) como, por ejemplo, tristeza y pesar (nueva Ce) en lugar de odio hacia sí mismo (Ce inicial).

9. Aunque usted puede usar imágenes racional emotivas para crear emociones apropiadas en lugar de inapropiadas acerca de Acontecimientos Activantes (A), es necesario repetirlas muchas veces; por ejemplo, durante 30 días seguidos por cada emoción negativa que está tratando de cambiar, para poder hacerlo con eficacia. Si practica regularmente de forma vívida, podrá observar, aun en los casos donde la situación ocurre en forma real en lugar de imaginaria, cómo se hace cada vez más fácil sustituir la consecuencia inapropiada por la apropiada y cómo, gradualmente, este proceso se convierte en automático. Por esta razón, la utilización consistente de imágenes racional emotivas le hará, no sólo menos perturbado, sino también menos perturbable.

10. Asígnese como tarea para casa la práctica diaria, y durante varias semanas, de imágenes racional emotivas, con el propósito de superar un sentimiento inapropiado en particular. Si cumple su tarea en un día determinado, puede darse como "premio" o refuerzo positivo algo con lo que usted disfrute, que le agrade, que le dé placer, como escuchar

música, tomar un alimento especial, dar un paseo, etc. Si, por el contrario, usted no realiza su tarea, deberá de asignarse un "castigo", algo que le desagrade hacer, como una donación a una causa que deteste, limpiar el suelo del cuarto de baño, etc., pero, por supuesto, nunca condenarse a sí mismo. Finalmente, no sólo le será más fácil, como mencionamos anteriormente, sino que si se propone hacerlo, aun en los días en los que le parezca desagradable, obtendrá nuevas consecuencias emocionales que recompensarán su esfuerzo.

II. HIPNOTERAPIA RACIONAL EMOTIVA

La TREC ha sido combinada con la hipnosis desde la década de los cincuenta (Ellis 1958*a*, 1962) utilizándose, inicialmente, en el tratamiento de pacientes "psicóticos límite" y se conoce como hipnoterapia racional emotiva. Desde mediados de la década de los setenta, estudios empíricos (p. ej., Golden, 1982; Reardon y Tosi, 1977; Stanton, 1977) han corroborado la eficacia de dicha combinación por los siguientes motivos:

1. La hipnosis terapéutica funciona principalmente a través de sugestión, por medio de la que se da al paciente fuertes argumentos positivos y se le induce a que los internalice y actúe de acuerdo con ellos (Barber, 1978, 1979; Bernhein, 1895; Coué, 1923); y la TREC, al igual que otras terapias cognitivo-conductuales, enfatiza también el uso repetitivo y vigoroso de argumentos positivos o racionales (Dryden y Ellis, 1988; Ellis y Grieger, 1977; Ellis y Harper, 1975; Walen, DiGiuseppe y Dryden, 1992).
2. Tanto la hipnosis, incluyendo la autohipnosis, como la TREC suponen que los seres humanos crean su propia perturbación emocional con ideas, percepciones e imágenes negativas y que se les puede entrenar para que cambien y, por consiguiente, modifiquen también sus emociones y su conducta (Araoz, 1985; Ellis, 1962; Golden, 1983).
3. Ambos son métodos activo-directivos que difieren drásticamente de otras terapias con metodología pasiva-no directiva, como el psicoanálisis y la terapia rogeriana.
4. Ambos métodos enfatizan las tareas para casa, la desensibilización "en vivo", animan al paciente a llevar a cabo las acciones que temen y a trabajar en contra de su baja tolerancia a la frustración y de sus conductas y hábitos autodestructivos.

La hipnoterapia racional emotiva utiliza modificaciones específicas de la técnica de relajación progresiva (Jacobson, 1938) donde, en un período de aproximadamente 10 minutos, se coloca al paciente en un estado ligero de hipnosis o de relajación profunda. Una vez logrado esto, se utilizan los 10 minutos siguientes para darle instrucciones encaminadas a la identificación de las ideas irracionales específicas (iBs) que están causando su problema principal, como depresión o ansiedad (Ce), y a su cuestionamiento o debate (D), en el que el paciente ha sido entrenado previamente en sesiones de terapia no hipnóticas.

El elemento singular y único de la hipnoterapia racional emotiva es que a menudo se utiliza solamente una vez, durante una sola sesión, como herramienta para trabajar en el problema principal del paciente. En dicha sesión, se utiliza una grabadora para producir una cinta de casete que contenga los 10 minutos de relajación hipnótica inducida y los 10 minutos de instrucción de la TREC, cinta que dicho paciente se lleva consigo una vez finalizada la sesión y que debe escuchar como tarea para casa, por lo menos una vez al día, durante los próximos 30-60 días. Esto hace que el paciente maximice el beneficio de una sesión de 30 minutos durante uno o dos meses. Es interesante observar que, si se utiliza de acuerdo a las instrucciones, el paciente llega gradualmente a desarrollar estados más y más profundos de relajación, aunque en la sesión inicial sólo haya podido lograr un ligero trance o, en muchos casos, no haya podido ni siquiera llegar a ello.

Hay ventajas y desventajas en la utilización de hipnoterapia racional emotiva. Entre las ventajas de utilizar esta técnica, en lugar de simplemente la TREC sin hipnosis, están:

1. Algunos pacientes creen, correcta o incorrectamente, en el poder o la "magia" de la hipnosis, lo que les predispone favorablemente a la terapia cuando esta técnica está incluida.
2. El procedimiento repetitivo de la hipnoterapia racional emotiva, a diario, durante uno o dos meses, refuerza la metodología de la TREC, incluyendo las tareas para casa.
3. Normalmente, sólo se ataca un único problema a la vez y solamente se abordan otros problemas cuando aquél ha sido resuelto satisfactoriamente.
4. Como técnica, tiene la flexibilidad de poder utilizarse como complemento a la TREC individual y de grupo.

Las desventajas de utilizar hipnoterapia racional emotiva incluyen:

1. Algunos pacientes en hipnoterapia suelen utilizar las sugerencias hipnóticas del terapeuta como propias, lo que puede minimizar un elemento muy importante de la TREC como es el de enseñar al paciente a pensar por sí mismo y de manera científica.
2. Los pacientes también pueden ver la hipnosis como un método mágico y fácil para cambiarse a sí mismos y aunque la hipnoterapia racional emotiva trata de minimizar la sugestión y enfatizar el trabajo duro para sobreponerse a la baja tolerancia a la frustración, algunos de ellos pueden conservar esta idea y sólo progresar parcialmente en el proceso psicoterapéutico.

Por estos motivos, se sugiere el uso de hipnoterapia racional emotiva sólo ocasionalmente, favoreciendo otras técnicas dentro del modelo de la TREC que animen al paciente a trabajar de una manera más dura e independiente.

A continuación y con la debida autorización, incluimos como ejemplo para ilustrar la utilización de la hipnoterapia racional emotiva, el caso de una paciente de Ellis de 33 años, soltera, con un trastorno límite de la personalidad y frenofóbica (miedo a enloquecer), con una historia de ansiedad grave hacia el trabajo, el sexo y las relaciones, y con un problema clásico de ansiedad secundaria (ansiedad por estar ansiosa). Curiosamente, esto le ocurría a pesar de ser bastante atractiva, experimentar varios orgasmos a la semana —siempre y cuando se sintiera segura con su pareja, lo que era poco común— ganar un buen salario y tener un trabajo estable como jefa de ventas.

Durante 13 sesiones, esta paciente profundamente ansiosa utiliza ocasionalmente el mensaje primordial de la TREC, es decir, que lo que uno siente es consecuencia, en gran medida, de lo que uno piensa. Cuando lo hace, es capaz de reducir notablemente sus sentimientos de pánico con respecto a enamorarse y trabajar. Sin embargo, poco tiempo después, regresa prácticamente al punto inicial, creando su propia perturbación, particularmente su ansiedad ante el sentirse ansiosa. Después de escuchar que una amiga suya ha dejado de fumar con la ayuda de la hipnoterapia, solicita que se le aplique esta técnica y se acuerda utilizarla después de discutir sus desventajas y de aclararle que no se trata de un método mágico, sino de uno que complementaría su trabajo psicoterapéutico.

Se graba, a continuación, una sesión única de hipnoterapia racional emotiva (reproducida posteriormente en este capítulo) y se instruye a la paciente para que la escuche un mínimo de una vez al día, durante un

período de 45 días. Así lo hace, informando de una reducción considerable de su nivel de ansiedad, especialmente en el área de su ansiedad secundaria. Desaparece también su frenofobia, ya que se convence a sí misma de que, si tuviese un ataque de nervios y terminara en un hospital mental, sería una experiencia desagradable e incómoda, pero nunca algo horrible y vergonzoso. Una vez logrado esto, sólo vuelve a pensar en enloquecer muy rara vez y, cuando lo hace, es capaz de controlar su ansiedad en pocos minutos, repitiéndose mensajes como: «Si enloquezco, qué le vamos a hacer, ¡mala suerte! Estoy segura de que no permaneceré en ese estado durante mucho tiempo y, si así fuese, eso sólo significa que las cosas serían más difíciles, pero no vergonzosas. ¡Estar loca no me convertiría en un ser humano inferior!».

Al comenzar a superar su ansiedad secundaria, es decir, su ansiedad por estar ansiosa, el miedo a fracasar, especialmente en el área sexual, prácticamente desaparece durante un tiempo. Cuando semanas después estos síntomas reaparecen, son mucho más leves y la paciente es capaz de superarlos con éxito.

La paciente continúa en la TREC sin hipnosis durante 14 meses más, pero sólo tiene que acudir a 18 sesiones, de media hora cada una, durante este tiempo. En los últimos 11 años ha mantenido sus ganancias psicoterapéuticas, con recaídas ocasionales leves cuando se terminaban sus relaciones amorosas. Actualmente, está felizmente casada y es altamente productiva en su trabajo sin experimentar ansiedad. De vez en cuando escucha aún la cinta de la sesión única de hipnoterapia racional emotiva, considerada como bastante instrumental en ayudarla a progresar más rápida y eficazmente que en sus sesiones de la TREC.

Ellis ha manifestado que se han encontrado resultados similares en unos 80 pacientes más, y resultados contrarios, donde prácticamente no se ha presentado ningún beneficio, en unos 18 casos.

Queda, sin embargo, una pregunta importante por resolver: ¿de dónde proviene exactamente el beneficio presentado por estos 80 pacientes?, ¿se deriva de los 20 minutos en total de la sesión de hipnoterapia racional emotiva, con sus 10 minutos de instrucciones para relajación, o podrían obtenerse resultados similares si se utilizasen únicamente los últimos 10 minutos, donde se incluyen instrucciones de TREC solamente?

A continuación, incluimos una copia de la sesión única de hipnoterapia racional emotiva que se llevó a cabo en el caso que se ha descrito.

II.1. *Sesión única de hipnoterapia racional emotiva*

Primero, relaje los dedos de los pies y luego ténselos. Tense solamente los dedos de los pies. Ahora, relájelos. Relájelos, relájelos... A continuación, le enseñaré una serie de ejercicios de relajación como el que usted acaba de hacer con los dedos de los pies, insistiendo esta vez en la relajación física. Quiero que relaje los dedos de los pies y se concentre únicamente en relajarlos. Piense en los dedos de los pies y concéntrese en relajarlos. Relájelos, relájelos, relájelos...

Ahora, relaje el resto de los músculos de los pies, relaje los músculos del empeine, la planta del pie, el talón, el tobillo... Deje que estos músculos se sumerjan en un estado agradable, fácil, de libertad y relajación. Relaje las plantas de los pies, los tobillos, los talones, todos los músculos de los pies. Solamente relájese, relájese, relájese...

Relaje ahora las pantorrillas, deje que las pantorrillas de ambas piernas se relajen, fácil y libremente. Relaje sus rodillas, destense los músculos de las rodillas fácilmente, agradable y libremente. Luego relaje los músculos de los muslos: concéntrese en ellos y relájelos, relájelos, relájelos... flexiblemente, plácidamente, cómodamente, relájelos, relájelos, relájelos...

A continuación, relaje las caderas, deje que la parte media de su cuerpo se relaje, concéntrese en los músculos de las caderas y relájelos, relájelos, relájelos... concéntrese en la parte media de su cuerpo y relájese, relájese, relájese.

Ahora vuelva a pensar en los dedos de los pies, en los pies, las pantorrillas, las rodillas, los muslos y las caderas, y relájelos. Deje que se relaje la mitad inferior de su cuerpo, relájese, relájese, relájese... Relaje los músculos del estómago. Concéntrese en esos músculos del estómago y relájelos, déjelos que se sientan cómodos, libres, flexibles, relajados.

Y ahora, los músculos del tórax, del pecho y de la espalda... Respire tranquilamente, aspire, espire, aspire, espire... relaje sus músculos, todo el pecho, toda la espalda, también el estómago, las piernas, los pies... Relájese, relájese, relájese...

Continúe con los músculos de los hombros. Relájelos. Déjelos caer, que se distiendan, que se relajen. Deje caer los músculos de los hombros en el sofá, o la silla, o la cama donde se encuentra usted reposando en este momento. Simplemente, déjelos ir fácil, plácida, libremente. Ahora relaje los músculos de la parte superior de los brazos, déjelos caer, relaje los codos, relájese, relájese... Relaje sus antebrazos, déjelos caer, que se

sumerjan, cómoda, fácil, libremente. Y los músculos de las muñecas, de los dedos, de las manos, relájelos, relájelos, relájelos... Fácilmente, libremente, plácidamente, relajadamente.

Su cuerpo está ahora sumergido en un estado cómodo y relajado, desde la punta de los pies hasta el cuello. Los hombros y los brazos están cada vez más y más y más relajados...

Concéntrese ahora en los músculos del cuello. Déjelos ir. Deje que esos músculos del cuello, tensos algunas veces, se relajen. Relájese, relájese, relájese...

Relaje también la mandíbula. Deje que la boca se abra un poco a medida que los músculos de la mandíbula se relajen... Relájese, relájese... relaje sus mejillas, déjelas caer un poco más de lo normal, relaje los músculos de la boca, de los labios... Relájelos, relájelos, relájelos.

Relaje ahora la parte superior de la cabeza. Tense levemente los músculos que cubren el cráneo y la frente y, luego, déjelos relajarse. Relaje el cuero cabelludo. Relájese, relájese... Relaje, especialmente, los músculos de los ojos, que quizás estaban tensos. Relaje los ojos, déjelos relajarse. Si no lo ha hecho antes, deje que sus ojos se cierren. Relaje los párpados. Usted quiere que los párpados se cierren, que los ojos se cierren, y experimentar un estado plácido, cómodo, relajado, de libertad... Sus ojos se están cerrando. Están cansados. Quieren descansar y relajarse y usted también quiere que los ojos y los párpados descansen, que se relajen. Déjese ir. Relaje sus ojos y el resto de su cuerpo... Se siente cada vez más cansada, cada vez más relajada. Puede sentir verdaderamente el estado de relajación de los músculos de sus ojos... Se cierran los párpados, relajándose más, y más, y más...

Usted quiere dejarse ir, quiere permitirse sentir la sensación de relajación total, sentirse totalmente plácida, calmada, relajada... Usted quiere sumergirse en un estado de total relajación...

Los párpados se hacen cada vez más pesados... Usted quiere dejarse sumergir en un estado de relajación cada vez más profundo... dejar que todo su cuerpo, especialmente los ojos, continúen sumergiéndose en un estado más profundo, más profundo, cada vez más profundo... un estado de total libertad, plácido, de cada vez mayor relajación, de cada vez mayor profundidad... sumérjase, cada vez más profundamente, en un estado de completa y total libertad y relajación...

Lo único que usted escucha en este momento es el sonido de mi voz... Es lo único que quiere escuchar... Es lo único en lo que quiere concentrarse, en el sonido de mi voz... Lo único que quiere oír es el sonido de mi voz...Y usted va a seguir mis instrucciones, a hacer lo que yo le

sugiera que haga, porque usted así lo desea... Usted quiere que yo le diga qué hacer... Usted quiere continuar en este estado de total relajación, y estar totalmente consciente del sonido de mi voz, y hacer lo que yo le sugiera porque es también lo que usted quiere hacer... Quiere estar relajada, totalmente relajada... Quiere deshacerse de su ansiedad y usted sabe que esto le ayudará a relajarse y a escuchar, relajarse y escuchar, a sumergirse en un estado de total libertad y relajación...

Está concentrándose únicamente en mi voz y va a escuchar cuidadosamente lo que le estoy diciendo. Va a recordar todo lo que yo le digo. Y después de despertar de este estado hipnótico y relajado, usted va a sentirse muy bien. Va a recordarlo todo, va a poder utilizar lo que ha estado escuchando, y va a hacerlo por usted. Use todo esto para deshacerse de toda su ansiedad, y de toda la ansiedad que siente por sentirse ansiosa.

Va a recordar lo que le digo y a usarlo diariamente. Cuando se sienta ansiosa por cualquier motivo, va a recordar lo que le estoy diciendo ahora, durante este estado de relajación total, va a concentrarse totalmente en ello, total y completamente en ello, y hacer exactamente lo que estamos hablando en este momento: relajarse y deshacerse de su ansiedad.

Cada vez que se sienta ansiosa por cualquier motivo, va a darse cuenta de que la razón de su ansiedad es el estarse diciendo a sí misma: «¡Debo tener éxito! ¡Debo tener éxito! ¡Debo hacer esto! ¡No debo hacer aquello! ¡Debo triunfar!».

Verá claramente, y aceptará totalmente, que su ansiedad viene de los mensajes que se da a sí misma, que no proviene de fuera, ni de otra gente, sino que es usted quien crea su propia ansiedad al exigir que las cosas "deben" salir bien o que no "tienen que" existir. Es su propia exigencia la que le hace sentir ansiedad. La causa viene siempre de usted y del mensaje que se da a sí misma y, por consiguiente, usted lo controla y usted puede cambiarlo.

Va a darse cuenta y a repetirse lo siguiente: «Yo creo mi propia ansiedad. No tengo que seguir haciéndolo, si me deshago de mis exigencias, de mis reglas rígidas. Si acepto lo que es, si acepto las cosas como son, no me sentiré ansiosa. Siempre puedo tranquilizarme, calmarme a mí misma, desistiendo de mis exigencias, relajándome, queriendo y deseando cosas, pero no necesitando, insistiendo, exigiendo que ocurra esto o que no ocurra aquello».

Luego, continuará diciéndose a sí misma: «Puedo pedir, solicitar, desear cosas. Pero no necesito lo que deseo. ¡Nunca necesito lo deseado! No existe nada que yo "deba", "tenga que" tener, ni nada que "deba" o "tenga que" evitar, incluyendo mi propia ansiedad. Me gustaría desha-

cerme de ella. Puedo deshacerme de ella. Voy a deshacerme de ella. Pero si me digo a mí misma: "¡no debo sentirme ansiosa!", "¡no debo sentirme ansiosa!", lo único que haré es sentirme ansiosa. No voy a morir por esto. La ansiedad no me va a matar. Hay muchas cosas desagradables en la vida, cosas que no me gustan, pero puedo tolerarlas. No tengo necesariamente que deshacerme de ellas. Si me siento ansiosa, me siento ansiosa. ¡Mala suerte! Porque soy yo quien controlo mi destino emocional, siempre y cuando no sienta que "debo" hacer algo, que "tengo que" tener éxito en algo... Eso es lo que me destruye: la idea de que "debo" ser atractiva sexualmente, de que "tengo que" tener éxito en mi vida sexual o, más aún, de que "debo" deshacerme de mi ansiedad».

En su vida cotidiana, después de que, de modo habitual, termine de escuchar esta cinta, usted va a pensar y a seguir pensando en todas estas cosas. Cada vez que sienta ansiedad, buscará e identificará lo que está haciendo para ponerse ansiosa a sí misma y desistirá de seguir con sus "debo" y sus exigencias rígidas. Cuestionará las ideas de que ¡"debe" hacerlo bien!, de que "tiene que" hacer que otros la quieran, ¡que no "deben" criticarla!, que es horrible si lo hacen. Continuará preguntándose a sí misma: «¿Por qué "tengo que" hacerlo bien? ¿Por qué "debo" ser una compañera sexual extraordinaria?». Y añadirá: «Sería muy agradable si la gente me aceptase, pero no "tienen que" hacerlo. No necesito de su aprobación. Si me critican, si me echan la culpa, si piensan que soy muy sensual, o que no soy suficientemente sensual, ¡qué le vamos a hacer! No necesito su aprobación. Me gustaría tenerla, pero no la necesito. También me gustaría no sentirme ansiosa, pero no hay ningún motivo por el cual esto tenga que ser así. Francamente, no hay ninguna razón por la cual yo "deba" no estar ansiosa. Es, simplemente, preferible. Ninguna de las cosas en las que fallo, va a matarme. Y cuando muera, como finalmente sucederá, ¡moriré! La muerte no es algo horrible. Es un estado en el que no se sienten emociones. Es exactamente el mismo estado en el que me encontraba antes de nacer. No sentiré nada. Así que, ciertamente, ¡no tengo por qué asustarme por eso! Y aunque llegase a sentirme profundamente ansiosa y próxima a enloquecer, no es algo terrible, ni es el peor desastre que me podría suceder. Si me digo continuamente, ¡no "debo" enloquecer!, ¡no "debo" enloquecer!, yo misma me haré enloquecer. Y si me vuelvo loca, ¡me vuelvo loca! Puedo vivir con eso, aunque sea dentro de un hospital psiquiátrico. Puedo vivir y no deprimirme por ello. Nada es terrible, aun si no le agrado a la gente, aunque actúe estúpidamente, aunque me sienta muy angustiada. Nada es catastrófico. Es simplemente, una gran contrariedad».

Esto es lo que usted va a pensar en su vida cotidiana. Cuando se ponga ansiosa por algo, va a poder ver la causa de su ansiedad, va a caer en la cuenta de que está exigiendo algo, diciéndose algo como, "tiene que" ser así, o no "debo" hacer esto o aquello, o no "debo" sentirme ansiosa. Y usted va a detenerse y a decir: «La verdad es que yo no necesito esto. Si las cosas ocurren, ocurren. ¡No es el fin del mundo! Me gustaría no sentirme ansiosa, congeniar con los demás, tener relaciones sexuales agradables. Pero, si no es así, ¡mala suerte! No es el final de toda mi existencia. Siempre podré ser feliz como persona, a pesar de mis fallos y de mis contrariedades, si no exijo, si no insisto, si no me digo que "tengo que", que "debo". Estas exigencias son las locas, no yo. Tener mis deseos, mis metas, está bien. Pero esto no significa que necesite lo que quiero».

Esto es en lo que usted va a continuar trabajando diariamente. Va a continuar utilizando su cabeza, su capacidad para pensar, para concentrarse en deshacerse de su ansiedad, de la misma forma que está escuchándome y concentrándose en este momento. Esta concentración mejorará cada vez más. Cada vez tendrá más control de sus pensamientos y de sus emociones. Continuará dándose cuenta de que usted crea su propia ansiedad, crea su propia perturbación emocional y no tiene por qué hacerlo, ni ahora, ni después. Siempre puede eliminar su ansiedad. Siempre puede cambiar. Siempre puede relajarse, relajarse, relajarse, y no tomar ni a nada ni a nadie demasiado en serio.

Todo esto es lo que usted va a recordar y en lo que va a trabajar cuando salga de este estado de relajación. Ésta es la idea que llevará consigo todo el día, todos los días: «Yo ejerzo control sobre mí misma. No tengo que perturbarme emocionalmente por nada. Pero si lo hago, no es una catástrofe. Probablemente me sentiré así durante un tiempo, pero no arruinará mi vida, ni me llevará a la tumba. Y yo puedo ponerme ansiosa sin autodevaluarme, sin decirme a mí misma que no "debo" estar ansiosa, ya que sucederá algunas veces. Puedo deshacerme de mi ansiedad por estar ansiosa, de mi exigencia de no sentirme ansiosa».

Y se sentirá cada vez mejor por pensar de esta forma racional. Adquirirá cada vez más control sobre usted misma. Claro está que nunca tendrá un control total, ya que nadie está totalmente libre de ansiedad. Pero usted se producirá a sí misma mucha menos ansiedad y se permitirá vivir con ella cuando ocurra. Curiosamente, si aprende a vivir con ella, desaparecerá. Nada es horrible, ni siquiera la ansiedad. Esto es de lo que usted se dará cuenta, y en lo que seguirá pensando hasta que, de veras, se lo crea...

En este momento se está usted sintiendo libre, plácida y totalmente relajada. En unos minutos le pediré que salga de este estado de relajación hipnótica. El resto del día será bueno. Se sentirá bien al salir de este estado. La hipnosis no tendrá ningún efecto perjudicial. Recordará todo lo que le acabo de decir y continuará utilizándolo en su trabajo de terapia.

Escuchará esta cinta diariamente, durante un período de 30 días, hasta que realmente crea en lo que incluye y lo utilice. Finalmente, será capaz de seguir sus instrucciones y de pensar de una forma que le permita deshacerse de su ansiedad y de la ansiedad que experimenta al sentirla, sin necesidad de escuchar la cinta.

Será, entonces, capaz de deshacerse sola, por sí misma, de su ansiedad. Siempre podrá relajarse y utilizar la técnica contra la ansiedad que aprenderá al escuchar la cinta de forma habitual. Podrá, también, aceptarse a sí misma, aun con su ansiedad, y dejar de repetirse: «¡No debo angustiarme! ¡No debo angustiarme!». Dígase, simplemente: «No me gusta la ansiedad y, por consiguiente, trataré de deshacerme de ella. Lo lograré. Aprenderé a controlarme, a controlar mi propio destino emocional. Puedo relajarme, hacer que me sienta bien y libre, como en este momento, alejarme por un rato de mis preocupaciones y, entonces, sentirme sin ansiedad. También puedo, más elegantemente, aceptarme primero con mi ansiedad, dejar de pelear con ella desesperadamente, y dejar de repetir que sentirme ansiosa es horrible. Luego, puedo regresar a mi ansiedad inicial y deshacerme de ella, rehusando aterrarme si fallo y debatiendo fuerte y vigorosamente mis pensamientos irracionales como, ¡"debo" actuar muy bien! o ¡no "debo" ser criticada o rechazada por otros!».

En este momento se siente usted muy bien, muy relajada. En un par de minutos contaré hasta tres. Cuando diga «tres», se despertará, se sentirá llena de vida, tendrá un día muy agradable y no experimentará efectos negativos como dolor de cabeza o incomodidad física. Todo va a salir bien y su día será bueno. Recordará todo esto y, como dije antes, escuchará esta cinta tan a menudo como le sea posible, con una frecuencia mínima de una vez al día. Y usted pensará y actuará, cada vez más, de acuerdo con su mensaje. Será capaz de controlarse y de reducir su ansiedad considerablemente. Y, cuando se sienta ansiosa, podrá vivir con ello, aceptar su ansiedad y negarse a tener pánico como consecuencia de su ansiedad.

Muy bien, voy a contar hasta tres. Cuando diga: «tres», se despertará llena de vida y energía, y se sentirá maravillosamente bien durante el resto del día. Uno... dos... ¡tres!

6. TERAPIA DE GRUPO POR MEDIO DE LA TREC

El uso sistemático de la terapia de grupo en el área cognitivo-conductual probablemente comienza, de manera formal, en 1959, cuando Ellis forma su primer grupo de TREC, en el que utiliza, prácticamente, todos los métodos aplicados previamente durante las sesiones de terapia individual (Ellis, 1962, 1982, 1990). Este procedimiento es seguido, más tarde, por otros terapeutas (Berne, 1964; Corsini y Cardono, 1966; Lazarus, 1968; Phillips y Wiener, 1966; Rose, 1980; Upper y Ross, 1980).

Los resultados de investigaciones realizadas en los últimos 30 años (Ellis, 1982, 1990; Lyons y Woods, 1991) muestran diferencias significativas en el tratamiento de perturbaciones emocionales entre los pacientes tratados con terapia de grupo cognitivo-conductual, incluyendo la TREC, y el grupo control correspondiente en cada uno de los estudios.

Hay varias clases de grupos en la TREC:

1. Pequeños grupos semanales, con un promedio de diez pacientes adultos de ambos sexos, un terapeuta y un coterapeuta, que se reúnen durante dos horas y media por semana, y permiten el ingreso de nuevos miembros cuando hay cupo.
2. Grupos para problemas específicos como asertividad, disfunciones sexuales femeninas, etc., que se reúnen durante tres a cuatro horas por semana, por un período de seis a diez semanas y tienen un promedio de diez a catorce miembros, un terapeuta y, a veces, un coterapeuta.
3. Talleres intensivos de nueve horas para grupos cerrados, compuestos de diez a catorce miembros y uno o dos terapeutas, y maratones de uno y dos días, que pueden llegar a tener varias decenas de miembros y varios coterapeutas, donde se utilizan ejercicios especialmente diseñados para este tipo de grupos y de encuentros.
4. Talleres de cuatro horas para el público en general, dirigidos por un terapeuta y, a veces, un coterapeuta, sobre temas escogidos como: relaciones interpersonales, informalidad con las tareas y compromisos, etc. Este tipo de grupo incluye también el llamado taller del vier-

nes por la noche. Este taller se lleva a cabo todas las semanas. En él, Albert Ellis da una demostración de una sesion de terapia racional emotivo conductual, utilizando como pacientes a voluntarios del público. Parte de dicha demostración incluye la utilización de imágenes racional emotivas. Con frecuencia, los resultados de esta técnica (p. ej., frases para cambiar una emoción negativa inapropiada por otra racional), se utilizan como tareas para casa, acompañadas de un premio si se llevan a cabo y de un castigo si no se realizan.

Durante 30 años, estos grupos han demostrado su eficacia, cada uno de manera particular. El tipo de paciente varía, desde individuos "límite" hasta personas sin perturbaciones emocionales que desean aumentar sus habilidades para continuar creciendo y desarrollándose psicológicamente.

A pesar de su variedad, existen ventajas y desventajas en la utilización de este procedimiento. Entre las ventajas mas importantes están:

1. El paciente practica el modelo de la TREC en sí mismo y en los demás, con retroalimentación por parte del terapeuta y de otros miembros. Esto incluye la identificación y el cuestionamiento o debate de ideas irracionales (iB) desde varias perspectivas, lo que no sucede en el caso de las sesiones individuales. El grupo incrementa la diversidad en la puesta en práctica de técnicas como las tareas para casa. Aumenta también la posibilidad de que se lleven a cabo, pues hay mayor presión si son asignadas por el grupo y no solamente por el terapeuta.
2. El paciente ve que no está solo, que existen en el mundo personas con problemas similares que progresan como resultado de su trabajo psicoterapéutico, y que tiene la posibilidad de deshacerse de su perturbación emocional, si elige trabajar duramente para cuestionar y cambiar su pensamiento irracional (iB), como lo han hecho otros.
3. Poder practicar "en vivo" habilidades que requieren la presencia de un grupo, como hablar en público, utilizar el "riesgo controlado" al revelar detalles íntimos frente a varias personas, etc. y recoger evidencias empíricas, en lugar de subjetivas, sobre sus resultados. El grupo constituye también un laboratorio donde conductas verbales y no verbales pueden ser observadas y aprendidas con la utilización de técnicas como la representación de papeles.
4. Incrementar el aspecto activo, directivo y didáctico de la TREC, a través de la discusión de sus técnicas, la distribución de información sobre temas específicos, etc. El grupo también enseña a cada miembro a

responsabilizarse por sí mismo y a respetar los derechos propios y de los demás, haciendo, por ejemplo, que los miembros mas tímidos participen regularmente, y limitando e interrumpiendo a aquellos otros que tienden a monopolizar demasiado el tiempo.

A pesar de sus múltiples ventajas, la TREC puede presentar algunos problemas potenciales que merecen tenerse en cuenta. Entre ellos están:

1. La selección de los participantes debe de ser cuidadosa, ya que personas con ciertos tipos de perturbaciones psicológicas, como pacientes esquizofrénicos, pueden dificultar el proceso de grupo y, tal vez, obtener un menor beneficio que en sesiones individuales.
2. Si el terapeuta no tiene cuidado, algunos pacientes pueden confundir a los demás miembros, dar consejos superficiales o antiterapéuticos en lugar de soluciones de alto nivel, o abrumarles con demasiadas sugerencias, utilizando gran parte del tiempo del grupo de forma ineficaz.
3. En algunos casos, especialmente en los grupos similares a "encuentros", los pacientes pueden tener esquemas de comportamiento equivocados, como creer que las "catarsis emocionales" son un medio de resolver las perturbaciones psicológicas, o que deben de condenar a otros miembros por sus acciones —ya que consideran que expresar ira es "saludable"—, lo que hace necesaria la cuidadosa supervisión y reeducación de los pacientes por parte del terapeuta.

Algunas pautas generales para los distintos tipos de grupo se encuentran incluidas más adelante en este capítulo. Pero antes, examinemos algunos de los elementos del proceso de terapia de grupo desde la perspectiva de la TREC incluyendo transferencia y contratransferencia, niveles de intervención, orientación hacia proceso *versus* el contenido, identificación de temas subyacentes, utilización del "aquí-y-ahora" y el manejo de pacientes difíciles.

I. TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA

La TREC considera a la transferencia, básicamente, como una sobregeneralización y es su funcionalidad lo que la clasifica como racional o irracional. De esa manera, pacientes que fueron maltratados por su pa-

dre y protegidos por su madre, podrían desarrollar la tendencia a sentir hostilidad hacia los hombres y empatía hacia las mujeres y, en algunos casos, reaccionar de la misma forma hacia el terapeuta, convirtiéndolo en una figura "paterna" o "materna". Estas sobregeneralizaciones, si no llegan a ser extremas, no parecen llevar a perturbaciones emocionales y, contrariamente al procedimiento psicoanalítico, son en gran parte ignoradas por la TREC. Sin embargo, cuando adquieren mayores proporciones dentro del grupo o interfieren en la vida cotidiana de sus miembros se utilizan para identificar los pensamientos irracionales subyacentes, cuestionarlos y enseñar al paciente que el cambio es posible, que no está condenado a sufrir eternamente, y que este cambio, en el momento presente, depende de él (ella).

Por ejemplo, una paciente evita establecer relaciones amorosas porque ha sido rechazada, tanto por su padre, como por —«quien se parecía mucho a él»—, su pareja, en una relación previa. El grupo y el terapeuta le ayudan a entender, entonces, que ésta es una sobregeneralización irracional, perturbada y poco funcional, que no todos los hombres son iguales, que podría escoger uno con un patrón de comportamiento diferente y que, aun si seleccionase mal nuevamente, esto no demuestra que necesita ser amada para probar su valor como persona, o que nunca será capaz de establecer una relación cálida y amorosa a largo plazo. Además, le ayudan a comprender que, si continúa eligiendo hombres con estilos similares a los de su padre, la probabilidad, no la certeza, de que los resultados sean los mismos es bastante grande, lo que es una generalización empírica y lógica, normal y funcional y, por consiguiente, diferente de las identificadas anteriormente.

El término "transferencia" es también utilizado en psicoterapia para denotar una relación íntima que se establece entre paciente y terapeuta, la que parece ocurrir con mayor intensidad en terapia individual que en terapia de grupo. A este respecto, la TREC, a pesar de su estilo confrontativo, está muy de acuerdo en mostrar al paciente «aceptación incondicional» (Ellis, 1973, 1985, 1988) por parte del terapeuta, lo que Rogers (1961) llama «atención positiva incondicional», a través de manifestar gran interés en ayudarle a encarar sus problemas y tener confianza en que es capaz de hacerlo.

En lo que a la contratransferencia se refiere, la TREC reconoce que puede ser común que al terapeuta, como ser humano que es, le agraden o desagraden algunos de sus pacientes más que otros. Cuando esto sucede, el terapeuta debe tratar de investigar cuáles son los mensajes subyacentes que se está dando a sí mismo para generar estas preferencias y,

a continuación, identificar y debatir sus propias ideas irracionales y exigencias al respecto. Por último, una vez haya logrado esto y, dependiendo también de la vulnerabilidad del paciente, el terapeuta puede utilizar algunos elementos de dicha "contratransferencia" durante la sesión.

Por ejemplo, el terapeuta podría estar pensando: «Tal paciente debe de trabajar más duramente y, si no lo hace, o es un parásito incompetente o yo no sirvo para nada y soy un fracaso como terapeuta y como persona» (iB). Este pensamiento le generaría consecuencias emocionales (Ce) como ira con el paciente y consigo mismo y, probablemente, el deseo de verle por el tiempo más corto posible. El terapeuta también podría decirse: «Tal otro paciente es una persona maravillosa, capaz de sobreponerse a todo», razón por la que, como consecuencia, podría generar la tendencia a permitir (Cc) a este segundo paciente que trabaje menos o que disponga regularmente de una cantidad mayor de tiempo durante la sesión de grupo, que en el caso del primer paciente.

Sin embargo, una vez resuelto esto con la utilización de debate y el reemplazo de las ideas irracionales iniciales por otras mas racionales (rBs) como: «Sería preferible que todos los pacientes progresasen, pero si no es así, puedo soportar mi propia frustración y dejar de exigir que las cosas salgan como yo quiero y de devaluarme y devaluarles por ello», el terapeuta podría proseguir y utilizar algunos elementos de la contratransferencia durante la sesión de grupo. Por ejemplo (refiriéndose al primer caso y durante un ejercicio de retroalimentación):

Terapeuta: «Como persona, usted no me cae mal. Sin embargo, algunas veces me desagrada profundamente su comportamiento [especifica cuál es]. Por el grupo, por mí y, sobre todo, por usted mismo, espero que lo cambie».

II. NIVELES DE INTERVENCIÓN

En la TREC hay tres niveles de intervención: 1) el individual, con una sola persona a la vez, 2) el interpersonal, con dos o tres miembros simultáneamente, y 3) con el grupo en general, con todos sus miembros al mismo tiempo.

La mayor parte de las intervenciones que el terapeuta hace individualmente ocurren cuando cada uno de los pacientes está discutiendo su tarea, evaluando su progreso o dificultad y/o discutiendo problemas nuevos o viejos. Durante dichas intervenciones, el terapeuta mira direc-

tamente al paciente, le hace preguntas y sugerencias, cuestiona sus ideas, emociones y conductas irracionales, y le sugiere tareas para casa. Aunque todo esto se lleva a cabo en el contexto ("en vivo") del grupo, también se tiene en cuenta lo que sucede fuera de él, en la vida cotidiana de cada miembro, y se analiza frecuentemente la relación entre ambos. Por ejemplo (dirigiéndose, durante su turno, a una paciente que habla en un tono muy bajo):

Terapeuta: «Habla usted tan bajo que prácticamente nos es imposible escuchar lo que dice. ¿Actúa de la misma forma frente a otros grupos en un contexto social? Si éste es el caso, ¿qué se dice a usted misma para actuar así y hablar en un tono tan bajo?».

Las intervenciones interpersonales que el terapeuta hace incluyen, primordialmente, el análisis de las interacciones entre sus miembros del grupo durante la sesión, la identificación de conductas, emociones e ideas que algunos de ellos utilizan para su propio "sabotaje" dentro y fuera de la misma, las reacciones cálidas y las hostiles hacia otros miembros, las razones detrás de ellas y, en general, el desarrollo de habilidades de comunicación para que sean aplicadas dentro y fuera del grupo.

Las intervenciones entre el terapeuta y el grupo en general consisten, en gran parte, en asignar ejercicios cognitivos, emotivos y conductuales para que el grupo los lleve a cabo dentro y fuera de la sesión y revisarlos al comienzo de la siguiente sesión, dar charlas breves sobre uno o varios aspectos de la TREC, explicar procedimientos y/o evaluar sus ventajas y desventajas.

El porcentaje de un determinado nivel de interacción varía de acuerdo con el tipo de grupo. Por ejemplo, en los grupos de terapia semanal, el nivel más frecuente es el individual, mientras que en los talleres y los maratones el más común es el del grupo en general.

III. ORIENTACIÓN HACIA EL PROCESO *VERSUS* EL CONTENIDO

La orientación mas común en los diversos grupos de la TREC es hacia el contenido, con mayor énfasis en el aspecto individual en los grupos de terapia semanales, y del tema en sí, en los talleres y los maratones. Sin embargo, existen temas, como las disfunciones sexuales femeninas, que requieren también gran énfasis en el proceso y, algunas veces, poco antes de finalizar el período de tiempo inicialmente establecido de seis a

ocho semanas, dichos grupos deciden convertirse en grupos de terapia semanales.

Dependiendo del tipo de grupo, el terapeuta expone, con mayor o menor brevedad, aspectos teóricos de la TREC. En los grupos semanales pequeños, esto puede durar unos pocos minutos, mientras que en los talleres de cuatro u ocho horas sobre temas específicos, su duración puede ser de una media hora.

Como se ve en el ejemplo del grupo semanal incluido en este capítulo, el contenido está constituido, principalmente, por los problemas personales de cada uno de sus miembros, quienes los presentan individualmente y son ayudados por el terapeuta y los demás pacientes. Si, además de ellos, uno de los pacientes tiene un problema relacionado con el grupo en general, se ataca a ambos niveles. Por ejemplo, si un miembro llega siempre tarde, se analiza la filosofía básica que le induce a comportarse así, su conducta autoderrotista, las consecuencias para el individuo, para otros miembros y para la dinámica del grupo en general, la posibilidad de cambio, y la asignación de una tarea que se comprometa a cumplir. Se examina también si esa persona suele actuar de manera semejante en su vida cotidiana y la forma como dicho comportamiento puede deteriorar sus relaciones con otras personas en el mundo externo.

Si, además, el grupo en general parece estar funcionando inadecuadamente, es decir, si está apático, pasivo y sin interés, por ejemplo, el terapeuta hace a un lado el contenido y analiza el proceso, para tratar de encontrar sus razones, buscar alternativas para la actuación del grupo y revisar si estas sugerencias se llevan a cabo y son eficaces.

IV. IDENTIFICACIÓN DE TEMAS SUBYACENTES

Es muy importante que el terapeuta esté siempre alerta ante la posibilidad de temas subyacentes, o problemas tácitos, que no se están enfrentando eficazmente durante las sesiones de grupo. Entre los más comunes se encuentran:

1. Miembros interesados únicamente en sí mismos.
2. Miembros extremadamente pasivos o agresivos.
3. Miembros que únicamente ofrecen consejos prácticos en lugar de debatir su filosofía irracional.

4. Miembros que están siendo demasiado punitivos hacia otros miembros que no trabajan lo suficiente.
5. Miembros que están siendo demasiado sociables y poco serios en relación a la terapia.
6. Creación de subgrupos dentro del grupo.

Para manejar esta situación, el terapeuta utiliza como estrategia la confrontación directa. Por ejemplo:

(si se tratase de un solo miembro del grupo, mirándole directamente)

Terapeuta: «Usted parece no tener dificultad hablando de sus problemas en el grupo. Sin embargo, muy rara vez le escucho hacer un comentario cuando es otro miembro quien discute sus propios problemas. Cuando permanece silencioso, mientras los otros ayudan a esta persona, sospecho que se está diciendo a sí mismo muchas cosas que no está expresando abiertamente. ¿Tengo razón? Y, si es así, ¿qué autosugerencias está utilizando para no permitirse hablar con los demás?».

(si se tratase de una intervención más general, haciendo contacto visual en varias direcciones)

Terapeuta: «Varios miembros del grupo no están realizando las tareas para casa que acordamos previamente, o lo están llevando a cabo de una manera descuidada. Discutamos esto ahora mismo. ¿Están siendo correctas mis observaciones ? Si es así, ¿qué podemos hacer para que estas tareas sean mas útiles y para que ustedes las realicen mejor y con mayor regularidad?».

En la utilización del método directivo y didáctico de la TREC y, especialmente, en los grupos semanales pequeños, es importante recordar que, aunque el terapeuta es generalmente quien habla más, no debe de monopolizar mucho tiempo o exponer material relevante de forma prolongada. Sus preguntas, comentarios y sugerencias deben ser cortas e ir al "grano". Como se explicó anteriormente, la puesta en práctica de esta estrategia puede variar en otros tipos de grupo.

Una estrategia eficaz para regular el tiempo que los participantes en talleres de nueve horas pueden utilizar individualmente es la de dar a cada uno de ellos uno o dos trozos de papel al iniciar la sesión. Cada pedazo se puede "cambiar" por diez minutos de tiempo del grupo durante cualquier momento apropiado dentro del taller, en el caso de aquel que quiera discutir su caso o problema exclusivamente.

Pueden utilizarse también ejercicios o tareas "en vivo", donde, por ejemplo, se asigne a un miembro tímido la tarea de participar tres veces durante la sesión, o a un miembro monopolizador que lo haga sólo dos veces y durante un minuto cada una, o que los comentarios sean sólo en relación a los problemas de otros y no más que un par por sesión, en el caso de un tercer miembro con tendencia a hablar exclusivamente sobre sí mismo.

V. UTILIZACIÓN DEL "AQUÍ-Y-AHORA"

El "aquí-y-ahora" es una técnica que trata de determinar la relevancia de un problema del paciente ocurrido hace algún tiempo. Esto se hace a través del análisis de los pensamientos o interpretaciones que el paciente tiene sobre dicho problema en el momento presente. Por esta razón, aunque la TREC no atribuye el mismo grado de importancia que otras terapias dan a sucesos ocurridos en la infancia, trata, sin embargo, de explorar las razones por las que el paciente continúa manteniendo "vivos" estos recuerdos.

La TREC considera que gran parte de los comportamientos y problemas de los miembros durante la sesión de grupo refleja comportamientos y problemas existentes en su vida cotidiana. Por consiguiente, en la utilización del "aquí-y-ahora" también se incluye el análisis de la similitud entre lo que ocurre en el grupo y lo que sucede en la vida real.

A continuación incluimos un ejemplo:

Terapeuta: «María, usted parece estar furiosa con Juana en este momento... ¿Se siente así?».
María: «Mmmm... No estoy segura...».

(Dirigiéndose al grupo)

Terapeuta: «¿Qué piensan ustedes de la reacción de María hacia Juana? ¿Estaré inventándome su ira o ustedes también lo perciben?».

(Reúne las respuestas del grupo para estar seguro de ello)

María: «Está bien. Sí, estoy muy enojada».
Terapeuta: «¿Se debe a que no está de acuerdo con su comportamiento? o ¿está usted condenando a Juana por exhibir dicho comportamiento?».

María: «En realidad, me molesta mucho su forma de comportarse».
Terapeuta: «¿Qué está diciéndose a usted misma que le hace sentirse así, María? ¿Qué está exigiéndole a Juana?».

(El terapeuta y el grupo le ayudan a identificar sus exigencias rígidas hacia Juana y a entender como éstas crean su ira. Una vez logrado esto:)

Terapeuta: «Parece que algunas veces tiene algo de dificultad en aceptar su ira hacia los demás, María. ¿Se da ahora cuenta de ello?».
María: «Sí, así es».
Terapeuta: «¿Por qué cree que sucede esto?».
María: «Creo que es muy importante para mí ser una persona flexible».
Terapeuta: «¿Y si no se comporta así...?».
María: «Entonces me autodevalúo y, después de sentirme enojada con los demás, me enojo conmigo misma».
Terapeuta: «Muy bien. ¿Cree usted que esto le ocurre también fuera del grupo?».
María: «Muy probablemente».
Terapeuta: «¿Qué podría utilizar de lo aprendido hoy, aquí, durante esta sesión de grupo, para ayudarse cuando esté funcionando fuera, durante su vida cotidiana?».

(El terapeuta y los otros miembros le ayudan a reunir argumentos para el debate.)

VI. MANEJO DE PACIENTES DIFÍCILES

Algunas veces, existen pacientes "difíciles" que monopolizan el grupo, interrumpen, devalúan a los demás miembros y/o les tratan con desdén. Al pedirles que determinen cuáles son sus mensajes subyacentes en ese momento, las ideas irracionales (iB) que emergen más a menudo son:

1. «Tengo que decir lo que estoy pensando inmediatamente o voy a olvidarlo y eso sería terrible».
2. «Si no hago la mejor, la más brillante de las contribuciones a la discusión del grupo, soy un ser incompetente y más vale que no diga nada, ni ahora ni después».
3. «No puedo soportar que no se me escuche. Lo que tengo que decir es realmente importante y los demás deberían de agradecer mi ayuda. Si no se dan cuenta de esto, o no realizan mis sugerencias, son personas que no valen la pena».

En estos casos, la estrategia general incluye el debate o cuestionamiento del tremendismo y de la baja tolerancia a la frustración por no poder hacer comentarios inmediatamente, acompañado de ejercicios conductuales donde se limitan el número y duración de las intervenciones del paciente. Se debate también su tendencia a condenarse a sí mismo y a los demás y a cambiar sus exigencias por preferencias.

Existe otro tipo de paciente "difícil", el miembro del grupo que rara vez completa sus tareas. Las creencias irracionales en estos casos son, generalmente, las siguientes:

1. «Es muy difícil realizar esta tarea. ¡Es demasiado difícil! Francamente, las tareas no deberían de ser tan difíciles de llevar a cabo».
2. «Aunque los otros hagan sus tareas, yo puedo pasar desapercibido y no hacer la mía».

En estos casos, el debate, que se enfoca primordialmente hacia el área de la baja tolerancia a la frustración, puede acompañarse de imágenes emotivas e inventarios costo/beneficio, incluidos en este libro en los capítulos sobre ejercicios emotivos y sobre ansiedad, respectivamente, para ayudar al paciente a poner en perspectiva el corto *versus* el largo plazo.

Un tercer tipo de paciente "problema" es aquél excesivamente cortés y pasivo, cuyos pensamientos irracionales (iBs) incluyen:

1. «¡Si digo algo estúpido todos se reirán de mí! Son más inteligentes que yo y utilizan mucho mejor que yo la TREC. Nunca seré capaz de decir nada que valga la pena. Soy un tonto».
2. «Creo que es mejor no estar en el grupo sino en terapia individual. Sería mas fácil, ya que no tendría que hablar sino de mí mismo y únicamente frente al terapeuta».

El debate empírico de las conclusiones de este tipo de paciente es una técnica muy eficaz, por medio de la cual el terapeuta y los demás miembros del grupo discuten sus posibles reacciones a un comentario tonto y, a continuación, se utiliza el debate filosófico para ayudar al paciente a diferenciar entre el valor mayor o menor de cada persona como tal y la potencial superioridad o inferioridad de las destrezas y habilidades de cada una de ellas. También se trabajan el tremendismo y la baja tolerancia a la frustración.

VII. PAUTAS GENERALES PARA LOS GRUPOS DE TREC

En este capítulo se han sugerido pautas que pueden utilizarse con los diversos grupos de la TREC. Esta sección se centró, principalmente, en los pequeños grupos semanales, por ser los que se aproximan más a la terapia de grupo en general. Los procedimientos descritos son los desarrollados por el Instituto de Terapia Racional Emotiva de Nueva York y reproducidos con su autorización.

Como se mencionó anteriormente en este capítulo, los grupos pequeños semanales están abiertos al ingreso de nuevos miembros, cuando uno de sus diez lugares está disponible. Existe un promedio de cinco a seis grupos, que se reúnen una vez por semana, durante dos horas y media, con Ellis y otro coterapeuta. Este último es, normalmente, un terapeuta en entrenamiento y permanece solo con los miembros del grupo durante los últimos 45 minutos de cada sesión.

Por lo general, las edades de los participantes, hombres y mujeres, fluctúan entre los 25 y los 60 años. En la mayoría de los casos, los pacientes han sido previamente vistos en consulta individual por algún terapeuta del Instituto o han pasado por el prerrequisito de una entrevista individual para la evaluación inicial, ya que se rechazan como candidatos para terapia de grupo aquellas personas que presentan "estallidos" emocionales y carecen de autocontrol. Estos casos se tratan individualmente durante algún tiempo y, si su progreso lo permite, se les acepta luego en el grupo.

Las sesiones comienzan con la revisión de las tareas para casa asignadas la semana anterior a cada miembro. Durante esta revisión, cada individuo puede analizar otro problema, revelar información nueva, etc. Algunas veces, si un miembro desea ayuda, entrega una nota en un pedazo de papel al terapeuta al comienzo de la sesión, o en algún momento durante ella, y estos "turnos" son asignados en el orden en el que el terapeuta los recibe.

Es importante tener en cuenta que la asistencia "individualizada" proveniente de los terapeutas y de otros miembros del grupo no debe ser de más de quince minutos por persona, para dar oportunidad a cada sujeto de trabajar en su caso.

Esta estructura ayuda a identificar patrones individuales de comportamiento y, también, patrones interpersonales. Por ejemplo, siempre existe alguien que entrega un papel en cada sesión, mientras que hay algún otro que nunca lo hace. Hay también quien habla del mismo problema y nunca hace nada por resolverlo. O existen miembros que sólo inter-

vienen ante el coterapeuta o quienes, por el contrario, al marcharse Ellis, abandonan el grupo durante los últimos 45 minutos. Después de varias sesiones, los terapeutas comienzan a identificar y discutir estos patrones y las ideas irracionales subyacentes detrás de ellos, a relacionarlos con el funcionamiento fuera del grupo y a asignar tareas para resolverlos.

Otra regla importante es la de permitir a los pacientes, si así lo desean, que se relacionen entre ellos fuera de la sesión de grupo, siempre y cuando lo hagan bajo dos condiciones: 1) estas personas deben continuar abriéndose completamente durante la sesión para prevenir la formación de "subgrupos", y 2) los miembros no deben de irse tampoco al otro extremo y convertir su vida en una extensión del grupo.

Existe, sin embargo, una regla paralela y es la de que queda totalmente prohibido revelar ningún tipo de información a quienes no pertenecen al grupo, ya que dicha información es estrictamente confidencial.

Como proceso de grupo, se anima a sus participantes a que se esfuercen en revelar sentimientos, conductas e ideas que les sean problemáticos e incómodos, que se apoyen los unos a los otros, conservando la objetividad en las opiniones y observaciones que hagan, y que sean cooperativos con los nuevos miembros. Es muy importante que los miembros tengan claro que, al unirse al grupo, adquieren una responsabilidad definida hacia los demás, evitando causarles daño y procurando hacer todo lo posible por ayudarles.

Aproximadamente una vez al año, los miembros asisten a un taller de nueve horas, donde realizan ejercicios "en vivo" especializados, que ayudan a generar más material terapéutico. Por ejemplo, se les pide que hagan un ejercicio para atacar la vergüenza durante el descanso del mediodía y luego regresen e informen de sus resultados, o se les pide que se pongan de pie frente al grupo y realicen alguna actividad durante un par de minutos, como hablar positivamente sobre sí mismos, aumentando este período por 30 segundos más, si titubean o descalifican sus comentarios, y analizando luego sus pensamientos durante esta actividad.

Otros ejercicios especializados, que pueden utilizarse también en éstos y otros talleres incluyen el enfrentamiento al riesgo y las autorrevelaciones. Ejemplos de ellos son pedirle a cada uno de los miembros que escoja a otra persona del grupo y le exprese algo de lo que no ha sido capaz hasta ahora, como el deseo de tener con él (ella) una relación afectiva o, adaptando la técnica de la "silla caliente" de Fritz Perls (1969), animar a los participantes a que se sienten en ella, de uno en uno, en el centro de la habitación, y a los demás a que les revelen los sentimientos positivos y negativos que tienen hacia ellos.

7. ASERTIVIDAD RACIONAL EMOTIVO-CONDUCTUAL

I. ¿QUE ES LA CONDUCTA ASERTIVA?

La conducta asertiva constituye un estilo de comportamiento que permite al individuo adaptarse al ambiente y obtener de él muchas recompensas a corto y a largo plazo. Aunque la conducta asertiva es difícil de definir debido a su especificidad situacional, a que depende de un contexto que cambia con frecuencia, podemos avanzar un bosquejo de definición que nos servirá para delimitar ese estilo de comportamiento. Así, podemos considerar que la *conducta asertiva* es ese conjunto de comportamientos emitidos por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas (Caballo, 1986, 1993). No hay una única manera de comportarse asertivamente, sino una serie de estrategias diferentes que pueden variar de acuerdo con el individuo y el contexto. Así, dos personas pueden comportarse de un modo totalmente distinto en una misma situación, o la misma persona actuar de manera diferente en dos situaciones similares, y ser consideradas dichas respuestas como igual de eficaces. En general, se espera que la conducta asertiva produzca refuerzo positivo más a menudo que castigo.

La probabilidad de ocurrencia de una respuesta asertiva en cualquier situación concreta está determinada por factores ambientales, variables de la persona y la interacción entre ambos. Por consiguiente, una adecuada conceptualización de la conducta asertiva entraña la especificación de tres componentes de la misma, una dimensión conductual *(tipo de comportamiento),* una dimensión subjetiva *(las variables cognitivas)* y una dimensión situacional *(el contexto ambiental).* Diferentes situaciones requieren conductas y cogniciones diferentes. Los elementos conductuales y cognitivos necesarios para dar bien una charla son considerablemente diferentes de los elementos necesarios en una situación

de relación íntima. Lo mismo sucedería cuando comparamos una situación de expresión de sentimiento negativos con otra de expresión de sentimientos de amor, agrado, afecto. Podemos decir que la conducta asertiva (Alberti, 1977):

a. Es una característica del comportamiento, no de las personas.
b. Es una característica específica a la persona y a la situación, no universal.
c. Debe contemplarse en el contexto cultural del individuo, así como en términos de otras variables situacionales.
d. Está basada en la capacidad de un individuo para escoger libremente su actuación.
e. Es una característica del comportamiento socialmente eficaz, no dañino.

II. DIFERENCIANDO LOS COMPORTAMIENTOS ASERTIVO, NO ASERTIVO Y AGRESIVO

Las personas pueden comportarse con diferentes estilos de comportamiento. La *conducta asertiva* se caracteriza, como ya hemos señalado, por la expresión directa de los propios sentimientos, necesidades, derechos legítimos u opiniones sin amenazar o castigar a los demás y sin violar los derechos de esas personas. El mensaje básico de la aserción es: «Esto es lo que yo pienso; esto es lo que yo siento; así es como veo la situación». El mensaje expresa "quién es la persona" y se dice sin dominar, humillar o degradar al otro individuo. El objetivo de la aserción es la comunicación y el tener y conseguir respeto, pedir juego limpio y dejar abierto el camino para el compromiso cuando se enfrenten las necesidades y derechos de dos personas. En estos compromisos, ninguna persona sacrifica su integridad básica y los dos consiguen que se satisfagan algunas de sus necesidades. Cuando la integridad personal está en juego, un compromiso es inapropiado y no asertivo. Si no llegan a un compromiso, pueden respetar simplemente el derecho que tiene el otro a no estar de acuerdo y a no intentar imponer sus exigencias sobre la otra persona. En último término, cada uno puede sentirse satisfecho de haberse expresado a sí mismo, al mismo tiempo que reconoce y acepta que su objetivo puede no haberse logrado.

La conducta asertiva no está planeada principalmente para permitir a

un individuo obtener lo que él/ella quiere. Como ya hemos señalado, su propósito es la comunicación clara, directa y no ofensiva de las propias necesidades, opiniones, etc. Hasta el grado en que se cumpla esto, la probabilidad de lograr los propios objetivos sin negar los derechos de los demás es mayor. La conducta asertiva en una situación no tiene siempre como resultado la ausencia de conflicto entre las dos partes. La ausencia total de conflicto es con frecuencia imposible. Hay ciertas situaciones en las que la conducta asertiva es apropiada y deseable, pero puede causar alguna molestia a la otra persona. Por ejemplo, el devolver una mercancía o producto defectuosos al dependiente de una tienda de una manera asertiva —o quizá de cualquier otra— puede no ser recibido de forma amigable. De igual manera, el expresar molestia legítima o crítica justificada de manera apropiada puede provocar una reacción inicial desfavorable. El sopesar las consecuencias a corto y a largo plazo para las dos partes es lo importante. Nos parece que la conducta asertiva da como resultado la maximización de las consecuencias favorables y la minimización de las consecuencias desfavorables, para los individuos, a largo plazo.

La *conducta no asertiva* se caracteriza por la violación de los propios derechos al no ser capaz de expresar honestamente sentimientos, pensamientos y opiniones y por consiguiente permitiendo a los demás que violen nuestros sentimientos, o bien por la expresión de los pensamientos y sentimientos propios de una manera autoderrotista, con disculpas, con falta de confianza, de tal modo que los demás puedan fácilmente no hacernos caso. En este estilo de conducta, el mensaje total que se comunica es: «Yo no cuento — puedes aprovecharte de mí; mis sentimientos no importan — solamente los tuyos; mis pensamientos no son importantes — los tuyos son los únicos que merecen la pena ser oídos; yo no soy nadie — tú eres superior». La no aserción muestra una falta de respeto hacia las propias necesidades. También muestra a veces una sutil falta de respeto hacia la capacidad de la otra persona para vérselas con las frustraciones, llevar alguna responsabilidad, manejar los propios problemas, etc. El objetivo de la no aserción es el apaciguar a los demás y el evitar conflictos a toda costa. Incluso aunque la no aserción le cuesta a la gente su propia integridad, la consecuencia inmediata de permitir a los individuos evitar o escapar de los conflictos productores de ansiedad es muy reforzante.

La probabilidad de que la persona que está comportándose de forma no asertiva satisfaga sus necesidades o de que sean entendidas sus opiniones se encuentra sustancialmente reducida debido a la falta de comunicación o a la comunicación indirecta o incompleta. La persona que se comporta de forma no asertiva se sentirá a menudo incomprendida, no

tenida en cuenta y manipulada. Igualmente, puede sentirse molesta respecto al resultado de la situación o volverse hostil o irritada hacia la otra persona. Él/ella puede sentirse mal consigo mismo como resultado de ser incapaz de expresar adecuadamente sus opiniones o sentimientos. Esto puede conducir a sentimientos de culpa, ansiedad, depresión y baja autoestima. La gente que normalmente se comporta de manera no asertiva a lo largo de una serie de situaciones puede desarrollar quejas psicosomáticas tales como dolores de cabeza y úlceras de diversos tipos, debido a la supresión de sentimientos reprimidos. Además, después de numerosas situaciones en las que un individuo ha sido no asertivo, es probable que termine por estallar. Hay un límite respecto a la cantidad de frustración que un individuo puede almacenar dentro de sí mismo. Desgraciadamente, en este punto, la cantidad de molestia o ira que se expresa no guarda a menudo proporción con la situación real que la ha precipitado.

El que recibe la conducta no asertiva puede experimentar también una variedad de consecuencias desfavorables. El tener que inferir constantemente lo que está "realmente diciendo" la otra persona o el tener que "leer los pensamientos del otro" es una tarea difícil y abrumadora que puede dar lugar a sentimientos de frustración o de molestia o ira hacia la persona que se está comportando de forma no asertiva. El preocuparse o sentirse culpable respecto a si uno se está aprovechando de la persona que no está diciendo realmente lo que quiere decir es desagradable y puede dar como resultado un debilitamiento de posibles sentimientos positivos que se puedan tener hacia ese individuo. Finalmente, es una pesada carga tener la responsabilidad de tomar decisiones por otra persona y luego encontrarte con que ella puede no estar satisfecha con las elecciones que uno ha hecho.

El individuo que se comporta de manera no asertiva suele tener una evaluación de sí mismo inadecuada y negativa, sentimientos de inferioridad, una tendencia a mantener papeles subordinados en sus relaciones con los otros, una tendencia a ser excesivamente solícito del apoyo emocional de los demás y una ansiedad interpersonal excesiva. Ese individuo se sentirá insatisfecho, encontrando las relaciones con otros seres humanos fastidiosas o no demasiado cómodas. Esa persona estará frecuentemente haciendo cosas que no desea hacer. Está tensa y no sabe cómo relajarse. Se queja cuando se le critica en presencia de otros, pero tampoco quiere ser criticado cuando está solo. La persona que teme a las multitudes también teme a los individuos. Tiene miedo continuamente de estar molestando a la gente y llamando la atención. Temen estar ocupando demasiado espacio y respirando demasiado aire. Como

dice Salter (1949), la persona que se comporta de forma no asertiva trata de ser todo para todo el mundo y acaban no siendo nada para ellos mismos. Son camaleones, tratando de agradar a todo el mundo con quien están. Expresan todo excepto lo que sienten. Encuentren difícil decir "no". Son agradables. Tratan de ser amigables con todo el mundo y cuando son rechazados saben que es su propia falta. Se consideran a sí mismos de mente abierta, tolerantes y democráticos. Son honestos intelectualmente, pero emocionalmente son unos mentirosos. Su cortesía es un fraude. Uno no sabe nunca lo que pasa por su cabeza y esto no conduce a unas relaciones sociales cálidas. Están siempre analizando y planeando. Interactúan con su ambiente después de deliberarlo, porque no pueden actuar automáticamente. No están seguros de los sentimientos que tienen sobre nada. Son personas pasivas.

La *conducta agresiva* se caracteriza por la defensa de los derechos personales y la expresión de los pensamientos, sentimientos y opiniones de una manera tal que a menudo es deshonesta, normalmente inapropiada, y siempre viola los derechos de la otra persona. La conducta agresiva en una situación puede expresarse de manera directa o indirecta. La agresión verbal directa incluye ofensas verbales, insultos, amenazas y anotaciones hostiles o humillantes. La agresión verbal indirecta incluye anotaciones sarcásticas, comentarios rencorosos y murmuraciones maliciosas. El objetivo usual de la agresión es la dominación y el vencer, forzando a la otra persona a perder. La victoria se asegura por medio de la humillación, la degradación, el minimizar o dominar a las demás personas de modo que lleguen a volverse más débiles y menos capaces de expresar y defender sus derechos y necesidades. El mensaje básico es: «Esto es lo que yo pienso —tú eres estúpido/a por pensar de forma diferente; esto es lo que yo quiero —lo que tú quieres no importa; esto es lo que yo siento —tus sentimientos no cuentan».

La conducta agresiva es considerada a menudo como conducta ambiciosa, puesto que se intenta conseguir los objetivos a cualquier precio, apartando a un lado a la gente y a otros obstáculos en el proceso. La conducta agresiva tiene como resultado, a corto plazo, a veces consecuencias favorables y a veces consecuencias desfavorables. Resultados positivos inmediatos incluyen la expresión emocional, un sentimiento de poder y el conseguir objetivos y necesidades sin experimentar reacciones negativas directas de los demás. Ya que la conducta es influida más fácilmente por las consecuencias inmediatas, el logro de los objetivos deseados por medio de la conducta agresiva es probable que refuerce este estilo de respuesta, con lo que el individuo seguirá comportán-

dose de forma agresiva en el futuro, excepto que los sentimientos de culpa que puedan producirse sean excesivamente fuertes. Sin embargo, las consecuencias a largo plazo suelen ser siempre negativas, incluyendo una notable tensión en la relación interpersonal con la otra persona o la evitación de futuros contactos por parte de ésta.

Ya que la expresión de las necesidades, derechos y opiniones propias y la consecución de los objetivos propuestos pueden alcanzarse a corto plazo por medio de otro estilo de conducta más adecuado, que además minimiza los problemas a largo plazo, es preferible que las personas se comporten de forma asertiva y abandonen los patrones de conducta agresivos, pasivo-agresivos o no asertivos.

En la figura 3 podemos ver de forma más gráfica algunas de las diferencias entre los estilos de respuesta que se acaban de describir. En dicha figura se resaltan las diferencias en el estilo de expresión (manifiesto o encubierto) y la forma de hacerlo (obligando o no a los demás).

FIGURA 3. *Un modelo bidireccional de la asertividad para explicar las diferencias entre las conductas asertiva, no asertiva y agresiva* (según Del Greco, 1983)



III. LOS DERECHOS DE LA PERSONA ASERTIVA

Además de conocer algunas características de los tres estilos de respuesta y de entender las ventajas que conlleva el comportamiento asertivo, es importante desarrollar una filosofía asertiva básica, que la aserción —y

no la manipulación, la sumisión o la hostilidad— enriquecen la vida y conducen a relaciones más satisfactorias con la gente (Jakubowski y Lange, 1978; Lange y Jakubowski, 1976). Según estos autores, esa filosofía entraña las siguientes creencias fundamentales:

- Cuando defendemos nuestros derechos y nos manifestamos a los demás como somos, ganamos nuestro propio respeto y el respeto de los demás.
- Es conveniente no tratar de vivir nuestra vida intentando no herir *nunca* a los demás bajo *ninguna* circunstancia, ya que al final terminamos haciéndonos daño a nosotros mismos y a los demás.
- Si sacrificamos nuestra integridad y negamos nuestros sentimientos, las relaciones se suelen dañar o se evita que se desarrollen. Igualmente, las relaciones también se deterioran cuando tratamos de controlar a los demás por medio de la hostilidad, la intimidación o la culpa.
- Las relaciones personales se vuelven más auténticas y satisfactorias cuando compartimos nuestras reacciones sinceras con otras personas y no impedimos que los demás compartan sus reacciones con nosotros.
- El no permitir que los demás conozcan lo que pensamos y sentimos es tan poco considerado como el no escuchar lo que piensan y sienten los otros.
- Cuando sacrificamos con frecuencia nuestros derechos, enseñamos a los demás a que se aprovechen de nosotros.
- Si actuamos de forma asertiva y les hacemos saber a los demás cómo nos afecta su conducta, les estamos dando una oportunidad de cambiar su comportamiento y les estamos mostrando respeto por su derecho a saber en qué posición se encuentran ante nosotros.

La aceptación de los derechos humanos básicos es también un requisito importante para el establecimiento de una filosofía asertiva. Nuestros derechos humanos provienen de la idea de que todos somos creados iguales, en un sentido moral, y que nos tenemos que tratar como tales. En las relaciones sociales, entre dos iguales, ninguna persona tiene privilegios exclusivos, porque las necesidades y los objetivos de cada persona tienen que ser valorados igualmente. Un derecho humano básico en el contexto de la asertividad es algo que todo el mundo tiene derecho a ser (p. ej., ser independiente), tener (p. ej., tener sentimientos y opiniones propios) o hacer (p. ej., pedir lo que se quiere) en virtud de su existencia como seres humanos (véase cuadro 12). La premisa subya-

CUADRO 12. *Muestra de derechos humanos básicos* (tomado de Caballo, 1993)

1. El derecho a mantener tu dignidad y respeto comportándote de forma habilidosa o asertiva —incluso si la otra persona se siente herida— mientras no violes los derechos humanos básicos de los demás.
2. El derecho a ser tratado con respeto y dignidad.
3. El derecho a rechazar peticiones sin tener que sentirse culpable o egoísta.
4. El derecho a experimentar y expresar tus propios sentimientos.
5. El derecho a detenerte y pensar antes de actuar.
6. El derecho a cambiar de opinión.
7. El derecho a pedir lo que quieres (dándose cuenta de que la otra persona tiene el derecho a decir que no).
8. El derecho a hacer menos de lo que humanamente eres capaz de hacer.
9. El derecho a ser independiente.
10. El derecho a decidir qué hacer con tu propio cuerpo, tiempo y propiedad.
11. El derecho a pedir información.
12. El derecho a cometer errores —y ser responsable de ellos.
13. El derecho a sentirte a gusto contigo mismo.
14. El derecho a tener tus propias necesidades y que esas necesidades sean tan importantes como las necesidades de los demás. Además, tenemos el derecho de pedir (no exigir) a los demás que respondan a nuestras necesidades y de decidir si satisfacemos las necesidades de los demás.
15. El derecho a tener opiniones y expresarlas.
16. El derecho a decidir si satisfaces las expectativas de otras personas o si te comportas siguiendo tus intereses —siempre que no violes los derechos de los demás.
17. El derecho a hablar sobre el problema con la persona involucrada y aclararlo, en casos límite en que los derechos no están del todo claros.
18. El derecho a obtener aquello por lo que pagas.
19. El derecho a escoger no comportarte de manera asertiva o socialmente habilidosa.
20. El derecho a tener derechos y defenderlos.
21. El derecho a ser escuchado y a ser tomado en serio.
22. El derecho a estar solo cuando así lo escojas.
23. El derecho a hacer cualquier cosa mientras que no violes los derechos de alguna otra persona.

cente del comportamiento asertivo es humanista: no producir tensión o ansiedad indebida en los demás y fomentar el crecimiento y el progreso de cada persona.

Un tipo de derechos que se confunde frecuentemente con los derechos humanos básicos es el derecho de *rol*. Los derechos humanos pueden generalizarse a todo el mundo, mientras que los derechos de rol son aquellos que posee una persona en virtud de un contrato formal o informal para ejercer ciertas responsabilidades o emplear determinadas habilidades. Para ayudar a diferenciar estos dos tipos de derechos se puede realizar el siguiente ejercicio. Se escribe en un papel una lista de derechos que pensamos que pertenecen a cada uno de los miembros de parejas complementarias como padre/hijo, jefe/empleado, hombre/mujer, etc. Los derechos que dependan del papel que la persona representa en cada una de estas parejas serían derechos de rol y no podrían generalizarse a todos los miembros de las distintas parejas, algo que sí ocurriría en caso de ser derechos humanos básicos.

Dado que no toda la gente reconoce los mismos derechos humanos básicos, pueden plantearse conflictos. Puesto que la asertividad se basa en la capacidad para defender los propios derechos humanos básicos sin violar los de los demás, una habilidad primaria para llegar a ser más asertivo consiste en aprender a definir e identificar los derechos humanos básicos, distintos de derechos de rol, y comprender sus orígenes y limitaciones. Jakubowski (1977) señala cuatro razones por las que es importante desarrollar un sistema de creencias que ayude a las personas a sostener y justificar su actuación asertiva: 1) la persona puede continuar creyendo en su derecho a actuar asertivamente, incluso cuando es criticado injustamente por su conducta asertiva; 2) puede contraatacar cualquier culpa irracional que pueda ocurrir más tarde como resultado de haberse comportado asertivamente; 3) puede estar orgulloso de su aserción incluso en el caso de que a nadie más le agrade su conducta, y 4) será más probable que se comporte asertivamente.

Un ejercicio que se puede hacer para comprender la importancia de los derechos en nuestras vidas es el siguiente. Se revisa la lista de derechos reflejada en el cuadro 12 y se escoge uno que sea importante para nosotros. Cerramos los ojos... nos ponemos en una posición cómoda... inspiramos profundamente, mantenemos el aire dentro tanto como podamos y luego lo echamos lentamente... Ahora nos imaginamos que tenemos el derecho que seleccionamos de la lista... Nos imaginamos cómo cambia nuestra vida al aceptar ese derecho... Cómo actuaríamos... Cómo nos sentiríamos con nosotros mismos... con otras personas....

Esta fantasía continúa durante unos dos minutos, después de los cuales nos imaginamos de repente que ya no tenemos ese derecho... Nos imaginamos cómo cambiaría nuestra vida respecto a como era hace unos momentos... Cómo actuaríamos ahora... y cómo nos sentiríamos con nosotros mismos... y con otras personas.... Esta fantasía continúa durante otros dos minutos. Luego, nos detenemos en analizar qué derecho seleccionamos, cómo actuamos y cómo nos sentimos cuando teníamos y cuando no teníamos el derecho.

Algunos de los derechos humanos básicos se muestran en el cuadro 12. Aceptar esos derechos y actuar a partir de ellos de una manera asertivamente responsable no significa exigir más de lo que uno se merece, ni ser insensible a los demás. Los derechos asertivos pueden expresarse de forma considerada y humana, manifestando lo que somos sin hacer daño a los demás. Sin embargo, puede que algunas personas hayan sido educadas para creer que los demás están primero y, en consecuencia, pueden haber llegado a la conclusión de que no son lo suficientemente buenos como para tener derechos.

IV. ASERTIVIDAD RACIONAL EMOTIVO-CONDUCTUAL

Después de todo lo que hemos visto hasta ahora, tanto en este capítulo como en el resto del libro, podríamos plantear que, en buena medida, la falta de asertividad proviene, a menudo, de pensamientos irracionales e incorrectos, de reacciones emocionales por exceso y por defecto, y de patrones de comportamiento habitualmente disfuncionales. La etiqueta que le solemos poner a nuestras reacciones emocionales ante las situaciones es un producto de nuestras suposiciones y evaluaciones conscientes e inconscientes. Nos sentimos ansiosos o deprimidos porque nos convencemos de que no sólo es desafortunado y molesto, sino que es terrible y catastrófico cuando fracasamos en una tarea importante o nos rechaza una persona que nos importa. Sentimos igualmente hostilidad porque creemos que los que se comportan de forma desconsiderada no deberían actuar de ningún modo en la forma en que lo hacen.

La filosofía racional emotivo-conductual mantiene que no hay razones válidas para que la gente se vuelva histérica o violenta. Defiende la expresión de sentimientos apropiados, como pena, desagrado o molestia. Pero el experimentar emociones como culpa, depresión, ira o desamparo le añade una hipótesis mágica de que las cosas "deberían" ser

diferentes, en vez de la posición más razonable de que las cosas serían mejor si fuesen diferentes (Lange y Jakubowski, 1976).

El comportamiento no asertivo o el agresivo pueden mantener una serie de creencias poco racionales que favorecen esos estilos de comportamiento. Algunas de esas posibles ideas poco racionales y sus contrapartidas más racionales y adaptativas se exponen seguidamente.

1. *No digas cosas que podrían lastimar los sentimientos de otras personas.* Desde la posición de la TREC es prácticamente imposible "herir los sentimientos de alguien". Podemos permitir que las palabras de otras personas nos hagan daño, pero no tenemos que estar molestos por lo que dicen los demás, no importa lo que nos desagrade. Se puede herir a las personas con palos y piedras, pero ellas son las que se hacen daño a sí mismas con las palabras que otros individuos expresan.

Sin embargo, tampoco es cuestión de ser brusco y decir las cosas sin tacto. Una forma de crítica más cortés es la denominada "crítica en forma de *sandwich*". Este procedimiento entraña presentar una expresión positiva antes y/o después de una expresión negativa. Esto se hace para suavizar la expresión negativa y aumentar la probabilidad de que el receptor escuche claramente el mensaje negativo con una molestia mínima (Caballo, 1991*b*, 1993).

Contrapartidas más racionales a la idea anterior podrían ser algunas como las siguientes (Lazarus, Lazarus y Fay, 1993):

- Si es importante, dilo, pero con tacto.
- Lo que uno dice a menudo es menos importante que cómo lo dice.
- Generalmente es mejor ser directo y claro que ir soltando indicios sutiles.

2. *Los/as amigos/as o familiares desconsiderados se merecen un tratamiento de silencio.* Apartarse de alguien y dejar de hablarle es una forma de castigo. Pero las tácticas punitivas raramente obtienen lo que persiguen. El apartarse de personas a las que se quiere no soluciona nada. Cuando surge un problema con otras personas, el proceder más útil es hablarlo claramente. Una forma de expresión de sentimientos negativos en general es utilizar la siguiente secuencia de pasos (la técnica DEEC, Bower y Bower, 1976):

Paso 1. *Describe* la conducta ofensiva o molesta de la otra persona en términos objetivos. Observa y examina exactamente qué ha dicho o

hecho la otra persona. Emplea términos concretos, describiendo el momento, lugar y frecuencia específicos de la actuación. Describe la actuación, no el "motivo". Algunos comienzos típicos de frases de este paso serían: "Cuando tú...", "Cuando yo...", "Cuando...".

Paso 2. *Expresa* tus pensamientos o sentimientos sobre la conducta o problema de una forma positiva, como si se dirigiesen hacia un objetivo a lograr. Exprésalos con calma, centrándote en la conducta molesta y no en la persona. Algunos comienzos típicos de frases de este paso serían: "Me siento...", "Pienso...".

Paso 3. *Especifica,* de forma concreta, el cambio de conducta que quieres que lleve a cabo la otra persona. Pide, cada vez, uno o dos cambios que no sean muy grandes. Ten en cuenta si la otra persona puede satisfacer tus demandas sin sufrir grandes pérdidas. Pregúntale si está de acuerdo. Especifica (si fuese apropiado) qué conducta estás dispuesto a cambiar para llegar a un acuerdo. Algunos comienzos típicos de frases de este paso serían: "Preferiría...", "Quisiera...", "Me gustaría...".

Paso 4. Señala las *consecuencias* positivas que proporcionarás (o que tendrán lugar) si la otra persona mantiene el acuerdo para cambiar. En el caso que sea necesario (y sólo en este caso), señala a la otra persona qué consecuencias negativas proporcionarás (o tendrán lugar) si no hay cambio. Algunos comienzos típicos de frases de este paso serían: "Si haces...", "Si no haces...".

Hay que tener en cuenta que no siempre es necesario emplear los cuatro pasos que se acaban de describir, pudiendo en ocasiones tener la misma utilidad el empleo de uno, dos o tres de los componentes. Normalmente, el empleo de uno o dos componentes es suficiente. Algunos de los componentes empleados solos con frecuencia son: expresar («No me gusta que utilices mi coche») y especificar («No quiero que me llames después de las 12 de la noche») (Caballo, 1993).

Contrapartidas más racionales a la idea expuesta en esta sección son:

- La gente a la que quieres se merece comunicación, no silencio.
- Si no hablas sobre ello, ¡cómo vas a solucionarlo!
- Si los comportamientos de un/a amigo/a o un familiar te molestan, lo racional, inteligente y maduro es hablarlo.

3. *Guarda tus sentimientos para ti.* La gente que mantiene una actitud reservada con sus parejas, sus amistades y otras relaciones interper-

sonales se pierde gran parte de la alegría que proviene de la conducta de compartir y de la sensación de pertenencia. Se aseguran una existencia solitaria y aislada. Además, una de las mejores formas de llegar a conocerse mejor a uno/a mismo/a consiste en ser expresivo con los demás.

Contrapartidas más racionales serían:

- Construye confianza e intimidad por medio de la expresión de tus sentimientos.
- Las relaciones íntimas se apoyan en las revelaciones personales y en la información compartida.
- El ocultar constantemente ante los demás los verdaderos sentimientos que uno tiene hace que uno se desconecte de sí mismo.

4. *La crítica es una buena forma de corregir los errores de la gente.* La crítica hacia la persona, en vez de hacia el comportamiento, deteriora a menudo las relaciones. La crítica hace daño a la autoestima, devalúa al que la recibe, conduce a la defensiva, provoca resentimientos, se centra en las dificultades en vez de en las soluciones y crea, en vez de resolver, conflictos. Salvo que se formulen cuidadosamente y se presenten de modo apropiado, las anotaciones críticas no sólo no servirán para solucionar problemas, sino que incluso los agravarán. Cuando surgen conflictos, en vez de criticar al otro individuo, es mejor buscar soluciones, pensar en estrategias específicas para solucionar el problema. El planteamiento básico es pedir un cambio en el comportamiento en vez de atacar a la persona misma.

Contrapartidas más racionales serían:

- Concéntrate en solucionar el problema, no en criticar errores pasados.
- Antes de corregir a alguien, es mejor detenerse y pensar en la mejor manera de hacerlo.
- Si me encontrara en el lugar de la otra persona, ¿cómo me gustaría que se dirigieran a mí?

5. *Es importante caerle bien a todo el mundo.* Pensando de forma racional, es prácticamente imposible que le caigamos bien a todo el mundo que conocemos. Pero los seres humanos no siempre somos lógicos y racionales y es muy humano querer agradar a todas las personas. Sin embargo, el ir por la vida intentando caerle bien a toda la gente, no molestando a nadie, tratando de agradar a todo el mundo, asegura una

existencia falsa, frustrante y vacía. Si uno se comporta siempre como cree que los demás esperan que se comporte, nunca será uno mismo. El valor como ser humano no depende de si uno le cae bien a los demás.

Contrapartidas más racionales serían:

- Es importante que le caigas bien a la gente por quien eres y como eres.
- Es normal que a otras personas no les agrade yo, mis ideas o mis comportamientos. Lo que es importante es no lastimar o explotar a los otros.
- Mi valía como ser humano no depende de la aprobación de ninguna otra persona.

6. *Una persona que realmente me quiera debería saber lo que necesito.* La gente con relaciones cercanas aprende a menudo a interpretar las reacciones de los otros de modo bastante preciso. Pero uno no debe esperar que éstos sepan leer su mente. El cariño y el amor no se basan en los poderes de la telepatía. Las relaciones plenas, satisfactorias, se basan en la disposición a comunicar de forma clara y manifiesta las necesidades, lo que nos agrada, lo que nos desagrada y los deseos. Es necesario enseñar a la gente cómo se puede llevar mejor con uno. Es conveniente decir lo que se piensa, pensar lo que se dice y no esperar que nadie pueda leer la mente de uno.

Contrapartidas más racionales:

- Expresa tus deseos clara y abiertamente; las personas que te quieran no se merecen menos.
- Las expresiones claras, honestas y directas de los propios deseos y expectativas son los mejores medios de lograr una comunicación íntima.
- Es mejor expresar claramente lo que uno quiere y cómo uno se siente; no se debe esperar a que otras personas puedan leer la mente.

7. *Para cambiar uno debe entender las razones de su conducta.* Mucha gente conoce las razones de sus sentimientos y comportamientos y siguen sin cambiar, independientemente de lo motivados que estén. Por el contrario, personas que están dispuestas a trabajar duro han cambiado con éxito su comportamiento negativo sin necesidad de explorar sus orígenes. Es más probable superar pensamientos, comportamientos o

sentimientos desadaptativos decidiendo *hacer* algo diferente aquí y ahora que detenerse en lo que una vez hace tiempo ocurrió. El saber por qué uno es como es no le capacitará necesariamente para cambiar. Hacer las cosas es lo que funciona. Saber qué hacer con respecto a un problema es a menudo más útil que entender por qué o cómo surgió.

Contrapartidas más racionales:

- Para cambiar nuestra vida es mejor hacer algo en el presente; no hay que esperar a entender el pasado.
- La comprensión sola, no importa lo profunda que sea, raramente es necesaria o suficiente para el cambio psicológico.
- La mejor comprensión entraña generalmente el descubrir y cambiar el pensamiento psicológicamente poco sano.

8. *Piensa en los otros primero; actúa en favor de los otros incluso si es malo para ti. No seas egoísta.* Ser egoísta significa que una persona antepone sus deseos antes que los deseos de cualquier otra persona. Éste es un comportamiento humano no deseable. Sin embargo, todas las personas sanas tienen necesidades y luchan por satisfacerlas tanto en cuanto les sea posible. Las necesidades de uno son tan importantes como las de otras personas. Cuando existe un conflicto con respecto a la satisfacción de necesidades, suele ser útil el compromiso para resolver el conflicto.

Contrapartidas más racionales:

- Preocúpate de ti mismo de la misma forma que te preocupas de los demás.
- Lo mejor es dar y recibir.
- Si constantemente coloco las necesidades de los demás en primer lugar, no satisfaré ni mis necesidades ni las de ellos.

Otras creencias poco racionales típicas del comportamiento no asertivo o del agresivo se encuentran en la columna de la izquierda del cuadro 13. En la columna de la derecha se encuentran algunas contrapartidas más racionales que se pueden utilizar a la hora de cuestionar o debatir las creencias poco racionales.

CUADRO 13. *Algunas creencias poco racionales relativas al comportamiento asertivo y posibles contrapartidas*

Creencias poco racionales relativas al comportamiento asertivo	*Creencias racionales relativas al comportamiento asertivo*
Deberías tener siempre pensamientos positivos, amables y de cariño	Es preferible tener pensamientos positivos, pero a veces es difícil mantenerlos
Haz lo que se espera de ti	Haz lo que quieres hacer, siempre y cuando respetes los derechos de los demás
Eres totalmente responsable de tu vida y de todo lo que te suceda	Normalmente somos responsables de muchas cosas que nos suceden en la vida, pero otras son incontrolables y no podemos remediarlas
Cambiar de idea es una señal de debilidad	Tenemos derecho a cambiar de idea, siempre que nos hagamos responsables de sus consecuencias. No obstante, el cambio excesivo puede hacer que los demás no confíen en nosotros
Las manifestaciones emotivas son una señal de debilidad	Las expresiones de emociones adecuadas a la situación hacen que las otras personas conozcan mejor lo que sentimos hacia lo que sucede
Si no tienes ganas de hacer algo, no lo hagas	La inercia y la pasividad no son la mejor forma de arreglar las cosas. Ser activo y decidido suele ser un mejor planteamiento
Primero necesitas tener confianza en ti mismo antes de abordar una tarea difícil	El abordar tareas difíciles nos da práctica y hace que cada vez sean más fáciles. La confianza en uno mismo puede venir después de esto
Si algo es incómodo o molesto, evítalo	Frecuentemente las cosas que son incómodas y molestas de hacer suelen traer mayores beneficios que las cosas fáciles
Necesitas tener control de ti mismo/a en todas las ocasiones	El exceso de autocontrol bloquea el sentir y expresar muchos sentimientos. En muchas ocasiones hay que dejar que la situación se desenvuelva de forma natural
Esconde tus errores; lo importante es tener razón	Nadie es perfecto; exprésalo cuando tienes razón y admítelo cuando no la tienes
Los/as amigos/as y mi familia me deberían querer independientemente de mi conducta	Tu comportamiento es más importante que quién eres. Aunque la gente no pueda leer mi mente, puede, sin embargo, observar mi comportamiento
Di que "no"; si les das el pie, se cogen la mano	Si te importa una relación, di que "sí" cuando puedas
Los ultimátum solucionan las disputas	La negociación y el compromiso solucionan las disputas

IV.1. *Pensamientos poco racionales asociados a las dimensiones de la conducta asertiva*

El comportamiento asertivo, como ya indicamos anteriormente, se compone de un conjunto de habilidades que el sujeto aprende con el discurrir de su vida. Estas habilidades se pueden agrupar por dimensiones o clases de conducta que representan distintas áreas del comportamiento interpersonal. Algunas de éstas son las siguientes (Caballo, 1993):

1. Iniciar y mantener conversaciones
2. Hablar en público
3. Expresión de amor, agrado y afecto
4. Defensa de los propios derechos
5. Pedir favores
6. Rechazar peticiones
7. Hacer cumplidos
8. Aceptar cumplidos
9. Expresión de opiniones personales, incluido el desacuerdo
10. Expresión justificada de molestia, desagrado o enfado
11. Disculparse o admitir ignorancia
12. Petición de cambios en la conducta del otro
13. Afrontamiento de las críticas

Las creencias poco racionales que la gente tiene en estas dimensiones del comportamiento asertivo son diferentes dependiendo de la dimensión concreta de que se trate. Seguidamente se presentan algunos ejemplos de creencias desadaptativas con la primera clase de conducta de la lista anterior, es decir, con la iniciación y mantenimiento de conversaciones (véase Caballo, 1993).

IV.1.1. Iniciación y mantenimiento de conversaciones

La manera exacta con que se debe iniciar una conversación depende del contexto: la situación material (el trabajo, el autobús, una fiesta), la hora del día (el desayuno, la comida, la salida del trabajo), la persona en cuestión (hombre, mujer, subordinado, superior), etc. Abordar a alguien con un pretexto es una manera muy segura de empezar una relación y se pueden "esconder" adecuadamente los verdaderos motivos.

Sin embargo, hay personas que albergan una serie de ideas irracionales y/o negativas que constituirán un obstáculo para la iniciación de interacciones. Algunas de ellas son las siguientes (Galassi y Galassi, 1977; Girodo, 1980):

1. *Es arriesgado empezar conversaciones y, además, puede que no le caiga bien a la otra persona.* Como ya hemos visto a lo largo de este libro, un pensamiento racional es que no le podemos caer bien a todo el mundo. Si no decimos nada, reducimos notablemente el riesgo, a corto plazo, de decir algo que no le caiga bien a otra persona; sin embargo, aumentamos la probabilidad, a largo plazo, de tener pocos amigos/as, y, por lo tanto, de no tener a nadie a quien le caigamos bien. Cuantas más conversaciones iniciemos, más probabilidades tendremos de hacer amigos/as. Si no ha funcionado esta vez, no importa; si lo seguimos intentando, algunos de esos intentos tendrán sus frutos.
2. *Si me quedo mucho tiempo en una reunión, una fiesta o un baile conoceré a alguien.* Si una persona (hombre) espera pasivamente para entablar alguna relación, es muy probable que no entable ninguna. El esperar con los brazos cruzados no suele dar ningún resultado, aunque en las mujeres esta conducta de iniciación puede que no sea determinante, especialmente si poseen otras cualidades, como el atractivo físico. Girodo (1980) señala que lo más sorprendente es que «muchas de esas personas vuelven al día siguiente [sobre todo a los pubs y a las discotecas] y actúan del mismo modo que la víspera: se quedan sentados como un saco de patatas y esperan que les ocurra algo, en lugar de ir a buscarlo ellos» (p. 75).
3. *Hay muchas personas con suerte, ya que se les presentan oportunidades para relacionarse. Todo el mundo les aprecia y les invita.* Las relaciones de amistad que tiene la gente no suelen ser fruto de la casualidad, sino de toda una serie de actuaciones. Normalmente será más beneficioso para nosotros tomar la iniciativa y dar el primer paso.
4. *Si una persona no nos demuestra inmediatamente que le caemos bien, entonces no le caeremos bien ahora ni nunca.* Es raro que una persona revele su simpatía hacia otra en la primera interacción que mantienen.
5. *Si le pido a una persona del sexo opuesto que salga conmigo y ella se niega, es porque no valgo nada o no valgo lo bastante para ella.* Girodo (1980) señala que una persona puede aceptar o no una invitación dependiendo de: a) la habilidad social que ha mostrado la otra persona al hacer la invitación, b) la historia social que las dos hayan compartido

previamente, c) la disponibilidad material para el encuentro, y d) sus intereses y necesidades.

6. *No tengo derecho a molestar a otras personas.* La mayoría de las personas disfruta conociendo gente nueva. En el caso de que las otras personas pensasen que les estamos molestando ya nos lo harán saber, pero este pensamiento no nos debería impedir tomar la iniciativa en las interacciones. La cuestión muchas veces no es que tema molestarlas, sino el que me rechacen. Si queremos empezar una conversación con alguien, deberíamos ser capaces de hacerlo.

7. *No sé qué decir. Si no digo algo brillante, la otra persona pensará que soy un/a idiota y yo debería ser un conversador brillante.* Los temas de la mayoría de las conversaciones son poco profundos. Cualquiera puede hablar sobre estos temas. Probablemente sea más importante mostrar nuestro interés hacia la otra persona que las palabras exactas que se digan. Lo que piense la otra persona de nosotros es su problema. Por lo menos, tenemos el valor de intentar conocer gente nueva (Galassi y Galassi, 1977).

En el cuadro 14 se incluyen algunas ideas irracionales relativas a varias de las dimensiones enumeradas anteriormente.

IV.2. *Pensando racionalmente en situaciones que requieren conducta asertiva*

Aunque suele ser más eficaz y más autorreforzante actuar de forma asertiva en una gran cantidad de situaciones, tenemos que avisar contra la tiranía de la asertividad. Una persona no "tiene que" ser asertiva en muchas situaciones, ni siquiera en algunas situaciones. Lo esencial es que la persona se sienta capaz de actuar asertivamente; que lo haga o no es su derecho y es ella quien, en última instancia, debe decidir cómo comportarse. No es "horrible" no actuar de modo asertivo, aunque muchas veces será lo más conveniente. La gente decidirá lo que quiere hacer, evaluando las consecuencias más probables y actuando teniéndolo en cuenta. Incluso cuando un individuo no actúa asertivamente queriéndolo hacer, tampoco es ninguna tragedia. Puede ser un inconveniente, una situación desafortunada, pero nada más. Si el sujeto así lo desea, es preferible que se mantenga intentando comportarse de forma asertiva y esforzarse por eliminar las barreras que le impiden llevar a cabo esa forma de conducta.

Un ejemplo para identificar pensamientos irracionales y desarrollar otros alternativos se describe seguidamente por pasos:

CUADRO 14. *Algunos pensamientos irracionales y sus contrapartidas racionales relativos a algunas dimensiones específicas del comportamiento asertivo*

Creencias irracionales relativas a dimensiones específicas de la conducta asertiva	*Creencias racionales relativas a dimensiones específicas de la conducta asertiva*
Hablar en público	*Hablar en público*
Seguro que lo que diga no les va a interesar	Es muy probable que lo que tengo que decir les interese al menos a algunas personas
Van a considerar que no soy muy inteligente por lo que diga	Digo lo que pienso o lo que necesito preguntar. No se trata de parecer inteligente
Se reirán de mí	La gente no se suele reír de los demás cuando hablan. Pero aunque así fuese, ¿qué podría pasar?
Hacer y aceptar cumplidos	*Hacer y aceptar cumplidos*
Si voy por ahí haciendo cumplidos a la gente y diciéndoles cuánto les aprecio, pensarán que quiero algo de ellos	Si hago un cumplido cuando la gente se lo merece es una forma de recompensar ese comportamiento y/o manifestar mi agrado por ello
¿Por qué debería hacerle un cumplido? Ya le pagan por su trabajo	La gente suele agradecer la expresión sincera de cumplidos y, si se lo merece, ¿por qué no hacerlo?
Si alguien me hace un cumplido y lo acepto, entonces pensará que soy un/a engreído/a	Si me hacen un cumplido y lo acepto, es una forma de reconocer y agradecer la atención de la otra persona hacia mí
Hacer y rechazar peticiones	*Hacer y rechazar peticiones*
Si pido y recibo un favor, entonces estaré obligado/a con la otra persona	Un favor es un favor. Cualquier tipo de obligación es algo que yo me autoimpongo
Si soy un/a amigo/a de verdad, debería acceder a su petición	La amistad no significa que tenga que acceder a cada petición que me hagan
Es más fácil acceder a la petición de esta persona que enfrentarme a cómo se sentirá si no accedo	Tengo derecho a rechazar de forma adecuada lo que no quiero hacer. Puede que la otra persona intente manipularme por ello, pero se lo puedo hacer saber de forma asertiva
Expresión de molestia, desagrado, disgusto	*Expresión de molestia, desagrado, disgusto*
Si manifiesto mi desagrado, el resultado será un desastre	Tengo derecho a expresar lo que no me gusta, si bien de una manera adecuada a la situación
Si realmente soy su amigo/a, no tengo ningún derecho a molestarme	La amistad significa también sinceridad y si algo me molesta, ¿por qué no decirlo de forma adecuada?
Si los demás ven que estoy molesto, pensarán que soy muy quisquilloso	Si expreso de forma adecuada lo que me molesta, estaré expresando lo que siento y los demás sabrán algo más de mi comportamiento

1. Piensa en una situación social que ha sido difícil de abordar de modo asertivo o en la que manifestaste ira o ansiedad muy elevada. Piensa en lo que te dijiste a ti mismo/a que llevó a estas emociones y conductas. Escribe lo que te estabas diciendo a ti mismo/a, con particular referencia a lo que estabas pensando sobre ti, sobre los demás y sobre la situación. Sigue el esquema ABC de la TREC, tal como se ha expuesto en capítulos anteriores.
2. Describe las ideas irracionales que apoyan ese diálogo interno.
3. Cuestiona esas ideas irracionales del modo como ya se ha descrito en los capítulos anteriores, escribiendo las alternativas nuevas y racionales.
4. Practica con los pensamientos racionales una y otra vez. Cada vez que te pase por la cabeza una idea irracional, preséntate una alternativa racional. Date cuenta de lo que sientes cuando piensas de forma racional y cuando lo haces de modo poco racional.
5. Utiliza estos pasos en situaciones que requieran de una conducta asertiva y en las que te gustaría mejorar.

Se puede utilizar el cuadro 14 como muestra de algunas ideas desadaptativas en situaciones específicas que requieren de la asertividad y sus contrapartidas más racionales. Sin embargo, hay que tener en cuenta que muchos de los pensamientos poco racionales que le pasan a cada persona concreta por la cabeza en situaciones sociales pueden ser muy específicos a esa persona y a la situación de que se trate. La utilización del modelo de la TREC expuesto en capítulos anteriores nos servirá para identificar y cuestionar o debatir esos pensamientos que nos obstaculizan el comportamiento asertivo en las situaciones sociales con las que nos encontramos en nuestra vida.

IV.3. *Actuando en la vida real: ejercicios para asumir riesgos y atacar la vergüenza*

Aunque la identificación y cuestionamiento o debate de las ideas irracionales y desadaptativas es la parte esencial de la TREC, no debemos olvidar que el llevar a cabo determinados comportamientos ayuda al individuo a modificar sus pensamientos de una forma rápida y potente. En la TREC se utilizan, cuando se cree conveniente, ejercicios conductuales para asumir riesgos y atacar la vergüenza. Los ejercicios para asumir riesgos ayudan a los pacientes a que reevalúen su definición de cier-

tas conductas "terriblemente peligrosas" que, de hecho, no lo son. En estas tareas, los sujetos intentan ser más asertivos y se animan a asumir riesgos sociales que probablemente hayan estado evitando. Un aspecto único de este tipo de ejercicios es que muchas veces se diseñan para que los pacientes experimenten el fracaso. La gente aprende por medio de la experiencia. Si nunca han experimentado el fracaso, es poco probable que cambien sus ideas irracionales sobre él y la evitación del mismo. Es difícil trabajar con el temor a un acontecimiento aversivo a menos que el paciente lo haya experimentado realmente.

Los ejercicios de asumir riesgos conllevan a menudo una cualidad paradójica, ya que animan a los pacientes a hacer lo que consideran como una conducta negativa y, simultáneamente, que intenten no catastrofizar ni menospreciarse. Por ejemplo, a una persona con temor a iniciar interacciones con personas del sexo opuesto se le asigna como tarea para casa el ejercicio de iniciar tres interacciones con individuos del sexo opuesto que den como resultado un rechazo por parte de la otra persona. De esta forma, pase lo que pase, el individuo siempre triunfará. Si no es rechazado, el individuo se va acercando a la meta final que es iniciar interacciones con el sexo opuesto, aunque ése no haya sido el objetivo concreto de la tarea para casa. Si es rechazado, ha llevado a cabo con éxito la tarea que se le encomendó realizar en la vida real.

Los ejercicios para atacar la vergüenza tratan de enseñar a los pacientes que si actúan de una forma tonta o ridícula, incluso en público, no se acabará el mundo y no es necesario que se denigren a sí mismos. El objetivo principal es enseñarles a que discriminen entre sus conductas y su valía como seres humanos. Los pacientes aprenden a evaluar su comportamiento, no a sí mismos. Este tipo de ejercicios sirve también para cuestionar nuestra necesidad de aprobación por parte de los demás, que es un potente factor de control social; frecuentemente actuamos de manera conformista para obtener dicha aprobación. ¿Qué podría suceder si desafiamos este tipo de conducta conformista? La gente puede que no piense muy bien de nosotros, puede poner cara de extrañeza, de asombro o de desaprobación. Pero estos pensamientos y expresiones faciales no pueden hacernos daño, aunque, a menudo, creemos que sí pueden. Los ejercicios para atacar la vergüenza ayudan a los pacientes a cuestionar esta creencia.

Algunos ejercicios para asumir riesgos y/o atacar la vergüenza, aparte de los ya expuestos en el capítulo correspondiente, que pueden ser útiles para cuestionar pensamientos relativos a la conducta asertiva, son los siguientes:

- Iniciar varios contactos sociales con personas del sexo opuesto que supongan rechazo.
- Subir en un ascensor cuando hay gente en él y colocarse mirando hacia la pared que se encuentra enfrente de la salida.
- En un restaurante dirigirse a una persona que esté comiendo y preguntarle si está bien la comida.

En muchos casos, lo que se requiere es que el paciente se comporte de tal manera que provoque aquellas consecuencias esperadas que teme que ocurren. Generalmente, las consecuencias reales no se parecen mucho a las esperadas e incluso aunque suceda lo que se espera, no suele ir acompañado por las connotaciones extremistas de catástrofe que el paciente le asigna. Se trata de que éste actúe de forma diferente con el fin de pensar y sentir también de modo diferente.

8. LA TREC EN LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN

La TREC aporta dos aspectos muy importantes al estudio de la depresión y la ansiedad:

1. La rigidez y exigencia absolutista de la filosofía básica del paciente es la causa principal de la perturbación emocional, y de ella se derivan todo tipo de conclusiones y distorsiones cognitivas.
2. Existen dos formas de ansiedad: ansiedad del ego *versus* ansiedad situacional. La primera está estrechamente relacionada con la depresión. La segunda, menos grave pero más común que la primera, se relaciona con situaciones de incomodidad o baja tolerancia a la frustración.

Como se describe con detalle a continuación, muchas de las inconsistencias en esta área, tanto teóricas como empíricas, pueden resolverse, en gran parte, teniendo en cuenta estos dos puntos.

I. PROBLEMAS EN LA FILOSOFÍA BÁSICA DEL PACIENTE

Las teorías cognitivo-conductuales se originan a partir del final de la década de los cincuenta (Beck, 1963, 1967; Ellis, 1957*a,* 1958*a,* 1962; Lewinsohn, 1974; Seligman, 1975). Su amplia utilización ha permitido la recogida de datos que corroboran su validez (Ingram, 1984; Williams, 1984).

Sin embargo, la hipótesis que sostiene que el factor cognitivo "causa" la depresión ha sido seriamente cuestionada. Algunos autores (p. ej., Coyne y Gotlib, 1983) consideran que las pruebas empíricas en las que se basa esta relación causa-efecto carecen de solidez; otros (p. ej., Mc - Knight *et al.,* 1984) ven la depresión como un concepto polidimensional y multifacético en lugar de unitario, donde factores específicos de personalidad (Clark y Hemsley, 1984) juegan un papel importante en la mani-

festación de ideas negativas asociadas con la depresión; un tercer grupo (p. ej., Cochran y Hammen, 1985; Silverman, Silverman y Eardley, 1984) genera datos que contradicen el orden de los factores, es decir, que es la depresión la que parece generar pensamientos negativos y no al contrario.

Pero, a pesar de estas duras críticas, pocos niegan la importancia del papel que las percepciones o cogniciones del paciente juegan en la determinación de sus estados de ánimo. Coyne y Gotlib (1983), por ejemplo, señalan la insuficiencia de datos para corroborar modelos de depresión específicos, como los de la "indefensión aprendida" de Seligman o el de las "distorsiones cognitivas" de Beck, pero no contradicen la premisa básica de que el aspecto cognitivo es importante en la depresión. A su vez, hay quienes no necesariamente cuestionan la existencia de un factor cognitivo en pacientes ansiosos y deprimidos, pero sí critican la falta de claridad en la explicación de por qué algunos pacientes se deprimen frente a circunstancias o acontecimientos estresantes y otros no, o por qué algunas personas hacen lo posible por escapar de situaciones dolorosas y opresivas en las que se encuentran, mientras que otros sólo manifiestan depresión y no hacen prácticamente nada por modificar su condición desesperada (Dohrenwend y Dohrenwend, 1981; Mitchell, Cronkite y Moos, 1983).

La razón primordial de las deficiencias de los modelos cognitivo-conductuales más populares de la depresión parece ser la omisión de un elemento cognitivo muy importante, inicialmente planteado por Horney (1945) y, posteriormente, enfatizado por Ellis (1957*a*, 1958*a*, 1962): la tiranía de los "debería", es decir, que el eje principal de la ansiedad y la depresión es el pensamiento o filosofía grandiosa, rígida y dogmática del paciente, y no las inferencias o distorsiones cognitivas que estos modelos le atribuyen como su causa más importante.

Las teorías cognitivo-conductuales de Beck, Lewinsohn y Seligman explican detalladamente por qué los pacientes se sienten extremadamente tristes y apesadumbrados al enfrentarse a pérdidas y frustraciones graves, reales o imaginadas, pero no explican, realmente, por qué también se sienten deprimidos. La TREC, por el contrario, diferencia claramente entre los que se denominan sentimientos "apropiados" o "racionales", como tristeza, irritación y pesar, y los "inapropiados" o "irracionales", como depresión, ira y autocondena, ante privaciones y pérdidas similares, y atribuye como causa principal de los segundos, características de rigidez, absolutismo y dogma en el pensamiento o la filosofía básica del paciente. Considera también que es de esta filosofía

de donde se derivan las distorsiones cognitivas como sobregeneralización y desesperanza, descritas por otros modelos.

En términos del aspecto teórico de la depresión y la ansiedad, la TREC sostiene que si las personas simplemente desean o prefieren obtener una meta, como tener éxito en sus relaciones, su trabajo o sus estudios, cuando fallan, tienden a sentirse profundamente tristes y apesadumbradas pero no deprimidas, aun si piensan que continuarán fallando. Sin embargo, cuando, consciente o inconscientemente, sus deseos y preferencias progresan a exigencias y dogmas, convenciéndose de que "deben", bajo cualquier circunstancia y en cualquier momento, conseguir el éxito, crean su propia depresión al fracasar. Y es a partir de este marco de referencia absolutista desde donde más tarde se derivan las inferencias o distorsiones cognitivas, como la autodevaluación, la certeza errónea de que nunca tendrán éxito, de que si han fallado una vez fallarán siempre, etcétera.

Examinemos, entonces, por qué algunas de las inferencias de otras teorías cognitivo-conductuales explican tristeza y pesadumbre y no, como ellas dicen, depresión y autodevaluación, y cómo el enfoque de la TREC es más preciso y acertado.

I.1. *La teoría de Beck*

Esta teoría considera que las personas se deprimen por tres motivos: 1) cuando se ven a sí mismas de forma negativa, 2) cuando ven su medio ambiente de forma negativa y 3) cuando ven el futuro de forma negativa (Beck, 1963, 1967, 1976). Analicemos cada uno de ellos.

1. Un factor primordial en la depresión son los sentimientos de autodevaluación y falta de mérito (Beck, 1967, 1976; Ellis, 1962, 1973), de desmoralización, autoineficacia y desesperanza (Bandura, 1977; Frank, 1985; Seligman, 1975). Todos estos sentimientos, cuando llevan a una depresión seria, parecen tener un origen misterioso, a menos que tratemos de buscar los "debo" subyacentes que parecen estimularles.

Por ejemplo, si las personas piensan: «Soy mucho menos eficiente de lo que desearía, pero no hay motivo para tener que ser más eficaz y con mayor control de mi vida» o «No tengo mucha esperanza de poder controlar mi vida, lo que me molesta muchísimo, pero no hay ninguna razón por la cual no pueda vivir una existencia razonablemente feliz, aun a pesar de ello», es decir, si no presentan exigencias incondicionales

y rígidas, es difícil imaginar que vayan a concluir que son faltos de mérito e ineficientes, que ellos y sus vidas carecen de valía y, por consiguiente, que se desmoralicen y depriman.

Más aún, aunque estas personas magnifiquen, sobregeneralicen e infieran que no valen como personas por funcionar deficientemente, sólo llegarán a deprimirse si concluyen, tácita o abiertamente, que necesitan, que "deben", ser perfectos, categórica e imperativamente. Si, simplemente, presentan preferencias muy fuertes a funcionar bien y a controlar sus vidas, es muy probable que, al fallar, sólo experimenten profunda tristeza y contrariedad.

2. De la misma forma, para llegar realmente a deprimirse, las personas normalmente añaden ciertas ideas a sus percepciones negativas del medio que les rodea como: «Las cosas no deberían, de ninguna manera, ser tan malas como son. Como son malísimas, pésimas, más malas que lo más malo del mundo, ¡no puedo vivir así! ¡No puedo soportarlo! Nunca podré ser feliz bajo estas condiciones».

3. A su vez, las predicciones negativas del futuro no necesariamente llevan a la depresión de manera automática, ya que no son los pensamientos negativos de las personas los que les deprimen, sino su insistencia en que una condición desfavorable no "debe" existir.

I.2. *La teoría del autorrefuerzo y del autocastigo*

Esta teoría considera que las personas crean su propia depresión al administrarse bajas dosis de autorrefuerzo positivo y altas dosis de autocastigo, y/o al verse a sí mismas como recipientes de una menor cantidad de refuerzos positivos que la que realmente reciben (DeMonbreun y Craighead, 1977; Nelson y Craighead, 1977; Rehm, 1981; Roth y Rehm, 1980; Werner y Rehm, 1975).

Aunque esto es probable, también lo es la situación contraria. Hay individuos, como los seguidores del budismo zen, que deliberadamente se privan de refuerzos positivos y se infligen autocastigos, y sufren menos depresiones que la mayoría de las personas. Más aún, a veces utilizan disciplina antihedonista para sobreponerse a sus sentimientos iniciales de depresión. Hay también quienes ven dicha disciplina como vehículo para llegar a "ser muy macho" o a "adquirir fortaleza de carácter", lo que les hace sentirse felices en lugar de deprimidos.

Por esta razón, para pasar del antihedonismo que, en el más negativo de los casos, causa natural y "apropiadamente" sentimientos de frus-

tración e incomodidad, a emociones "inapropiadas" como el horror, la ansiedad y la depresión, la TREC considera que existe un "salto mágico" que va del simple reconocimiento de una realidad muy triste y difícil, a la exigencia rígida e inflexible de que tal grado de tristeza y dificultad no "deben" existir.

Por ejemplo, el paciente deprimido tiende a progresar desde pensamientos racionales como: «No me gusta la carencia de refuerzos positivos y el exceso de castigos y desearía fervientemente que se invirtiera esta relación», hasta pensamientos irracionales como: «Tengo, por encima de todo, que invertir la frecuencia premio-castigo... Debería de saber cómo hacerlo. Sin embargo, como no lo sé, esto demuestra que soy un incompetente y que, en realidad, tampoco merezco más premios y menos castigos... Soy un ser despreciable y no vale la pena continuar viviendo».

Como en el caso anterior, es el pensamiento absolutista y rígido el que suele generar la depresión y la ansiedad, y no únicamente el exceso de castigos y la carencia de premios.

1.3. *La teoría de Lewinsohn*

Esta teoría considera, más específicamente que la teoría anterior, que un factor primordial en la depresión es la carencia de acontecimientos agradables y de refuerzos contingentes positivos en la vida de la persona (Lewinsohn, 1974).

A pesar de que considerables evidencias clínicas y experimentales tienden a corroborar esta teoría, otras la refutan, ya que existe un número suficiente de individuos no deprimidos cuyas vidas tienen una cantidad de circunstancias adversas muy por encima del promedio.

Desde la perspectiva de la TREC, una posible explicación para ello es que el grupo deprimido/ansioso exige, probablemente, que sus deseos sean hechos realidad, en lugar de pensar que la realización de sus metas es preferible, pero no necesaria, para su felicidad, lo que les haría sentirse irritados y desilusionados, pero no deprimidos y ansiosos (Ellis, 1962, 1976).

1.4. *La teoría de Seligman*

Esta teoría considera que quienes se deprimen esperan que les sucedan cosas muy adversas, esperan también que no van a poder hacer casi

nada para mejorarlas y atribuyen a causas internas, globales y estables los sucesos negativos, mientras que consideran que los acontecimientos positivos se deben a factores específicos, externos e inestables (Seligman, 1975, 1981).

En este caso, como en los anteriores, la evidencia empírica no es concluyente. Aunque parezca obvio que las personas se deprimen si tienen la expectativa de acontecimientos muy aversivos, en realidad, sólo lo hacen si también tienden a atribuir su desamparo a la propia falta de habilidad, concluyendo luego que son personas inútiles, seres humanos inferiores a los demás, en lugar de, únicamente, atribuirlos a causas externas incontrolables donde experimentarían, tal vez, tristeza por su imposibilidad de controlar el ambiente externo, pero no depresión ni autodevaluación hacia sí mismos.

En resumen, las distorsiones cognitivas de Beck, el autorrefuerzo *versus* el autocastigo, la carencia de refuerzos contingentes positivos de Lewinsohn y la indefensión aprendida de Seligman, suelen llevar al individuo a la tristeza y a la decepción, pero no a la depresión y desmoralización, a menos que estén acompañados de la filosofía de base dogmática, exagerada, absolutista y grandiosa, descrita por la TREC, como indican los seis ejemplos siguientes, previamente descritos por las otras teorías cognitivo-conductuales sobre la depresión.

Acontecimiento nº 1: El paciente tiene una imagen negativa de sí mismo...
(Filosofía básica subyacente: «...y no "debo" tener ninguna característica negativa o soy un ser inadecuado».)

Acontecimiento nº 2: El paciente tiene una imagen negativa de su medio ambiente...
(Filosofía básica subyacente: «...y "debe" mejorar, por encima de todo, pues es horrible y espantoso si continúa así».)

Acontecimiento nº 3: El paciente predice que su futuro será desafortunado...
(Filosofía básica subyacente: «...y "debo" ser más afortunado o ¡no podré resistirlo!».)

Acontecimiento nº 4: El paciente se da muy bajas dosis de autorrefuerzo positivo y muy altas dosis de autocastigo...
(Filosofía básica subyacente: «...y "debo" funcionar mejor y recibir la aprobación de personas importantes para mí, o no soy merecedor de premios y "debo" autocastigarme por mi incompetencia».)

Acontecimiento nº 5: El paciente experimenta una fuerte carencia de acontecimientos agradables en su vida...

(Filosofía básica subyacente: «...y la gente y la vida "deben" tratarme mejor, pues es verdaderamente terrible si no lo hacen».)

Acontecimiento nº 6: El paciente espera acontecimientos futuros adversos y predice su incapacidad para mejorarlos...
(Filosofía básica subyacente: «...y "debo" ser capaz de mejorarlos y de lidiar con ellos muy eficazmente pues, de lo contrario, soy un incompetente sin esperanza».)

Es importante tener en cuenta que existen casos, como los pacientes con depresión endógena, donde la causa del trastorno primario es principalmente orgánica, con grave disfunción en los niveles de neurotransmisores y donde el elemento realmente irracional es el secundario, es decir, la depresión por estar deprimido y/o la ansiedad por estar ansioso. Las intervenciones psicoterapéuticas de la TREC para pacientes con perturbaciones secundarias están descritas con detalle en secciones posteriores.

II. ANSIEDAD DEL EGO *VERSUS* ANSIEDAD SITUACIONAL

La TREC distingue dos tipos de ansiedad: la *ansiedad del ego* y la *ansiedad situacional.* Como mencionamos anteriormente, la primera está estrechamente relacionada con la depresión mientras que la segunda se relaciona con la intolerancia a situaciones de incomodidad y frustración. Los debates filosófico y empírico utilizados para su tratamiento están descritos en el capítulo sobre técnicas preferenciales, mientras que otras herramientas psicoterapéuticas como el *Inventario coste/beneficio* (véase cuadro 15) y el *Formulario para el establecimiento de metas* (véase cuadro 16), se incluyen más adelante en este capítulo.

II.1. *Ansiedad del ego*

Se define como la tensión emocional que resulta cuando las personas piensan: 1) que su valor como personas está siendo amenazado, 2) que siempre "deben" comportarse perfectamente, y 3) que es horrible y catastrófico cuando fallan y/o si otras personas les rechazan cuando "deberían" aceptarlas.

La ansiedad del ego es un sentimiento dramático, poderoso y aparentemente abrumador, frecuentemente acompañado por otros senti-

mientos como depresión, vergüenza y culpa, y que suele motivar a las personas a buscar ayuda o, en casos extremos, a suicidarse.

Aunque el miedo es una emoción "racional" negativa cuando se trata de la tendencia natural del organismo a la autopreservación, en la ansiedad se vuelve "irracional", pues va mucho más allá de la preocupación normal por la seguridad personal. La ansiedad es un miedo exagerado e innecesario, habitualmente relacionado más con "daño" mental que físico, donde el paciente confunde lo que es posible con lo que es probable. Más de un 90% de lo que llamamos ansiedad se deriva de la preocupación exagerada del individuo por lo que alguien piensa de él.

El perfeccionismo y la tendencia al pensamiento grandioso están también estrechamente relacionados con la ansiedad del ego. De hecho, podría decirse que constituyen "la otra cara de la moneda" de la autodevaluación. Como explicamos en el apartado sobre el debate, comete el mismo error filosófico quien se considera un ser superior por actuar en forma sobresaliente que quien cree que una persona es inferior por comportarse de manera deficiente. Ambos casos están generalizando la representación correcta o incorrecta de un rol al valor del individuo como ser humano "bueno" o "malo". Por eso, la persona rígida piensa irracionalmente que "debe" actuar perfectamente, ya que cree que el más mínimo error compromete seriamente su sentido de bienestar personal, su autoimagen y su aceptación por parte de los demás, en lugar de verle como lo que es, un comportamiento deficiente.

Por esta razón, conceptos como "miedo al fracaso" y "miedo al éxito" (que algunos lo consideran incluso más negativo, pues «fallar después de haber triunfado es aún más horrible») están también estrechamente relacionados con la ansiedad del ego, la depresión y el perfeccionismo.

II.2. *Ansiedad situacional*

Suele ser específica a ciertas situaciones de "incomodidad" o "peligro", como pueden ser las fobias, y a generalizarse fácilmente a los sentimientos de incomodidad, ansiedad, depresión y vergüenza, propios de dicha situación. Por esta razón, puede ser un síntoma primario, como el miedo a las alturas, a los ascensores, etc., o un síntoma secundario, como ansiedad por sentirse ansioso en ascensores, en alturas, etc. La ansiedad situacional se manifiesta más frecuentemente que la ansiedad del ego.

Como síntoma secundario, la ansiedad situacional puede generalizarse a, prácticamente, cualquier tipo de ansiedad. Por ejemplo, el paciente puede temer inicialmente a los ascensores y, más tarde, al caer en la cuenta de que siente ansiedad hacia esa situación, sentir también ansiedad hacia símbolos del mismo, como fotografías de ascensores, o ansiedad hacia imágenes o pensamientos sobre dicha situación, como la posibilidad de tener que hacer una visita que requiera utilizar un ascensor.

Por ser menos dramática que la ansiedad del ego y, con frecuencia, un síntoma secundario en lugar de primario, la ansiedad situacional puede pasar desapercibida o diagnosticada erróneamente como "ansiedad generalizada". Por ejemplo, el miedo a los ascensores puede fácilmente clasificarse como "fobia a los ascensores", mientras que la ansiedad por sentir ansiedad, es decir, el miedo a las sensaciones de incomodidad, ansiedad, que experimenta al entrar o, tal vez, al imaginar tan sólo el ascensor, puede ser experimentado por el paciente sin tener claro, ni para él ni para su terapeuta, el motivo por el cual le sucede esto.

El concepto de ansiedad situacional en la TREC ayuda a explicar algunos de los fenómenos relacionados con la perturbación emocional de manera más clara y terapéutica que otras teorías. La ansiedad, como concepto general, es uno de ellos. Sutton-Simon (1981) informa de resultados aparentemente contradictorios en un estudio con tres grupos de sujetos, uno de sujetos con miedo solamente a las alturas, otro solamente con ansiedad social y un tercero con miedo a las alturas y con ansiedad social; sólo los dos últimos grupos presentaban puntuaciones elevadas en el *Test de creencias irracionales* (Jones, 1968). Si se utiliza la clasificación de los dos tipos de ansiedad descritos en este capítulo, los resultados quedan claros: el miedo a las alturas está relacionado principalmente con la ansiedad situacional, mientras que la ansiedad social se relaciona principalmente con ansiedad del ego. La primera es específica a una situación concreta, mientras que la segunda puede manifestarse a través de varias situaciones y es la que, generalmente, se mide en este tipo de inventarios, con la excepción de los desarrollados sólo muy recientemente (véase capítulo 3 de este libro).

El concepto de ansiedad situacional suele proporcionar también una mejor explicación del origen y tratamiento de la depresión que otras teorías. Abramson y Sackheim (1977) identifican una aparente paradoja en la depresión: por una parte, las personas deprimidas se culpan a sí mismas de su ineficiencia y tienden a presentar una imagen pobre de sí mismas, mientras que, por otra parte, insisten, a veces de manera

grandiosa, en controlar el resultado de los acontecimientos de su vida y se deprimen al no lograrlo. Es decir, estos individuos se autodenigran y se autoendiosan al mismo tiempo.

Esta paradoja puede resolverse fácilmente diferenciando la ansiedad del ego de la ansiedad situacional, donde, de acuerdo con la TREC, sus ideas irracionales subyacentes son: «Debo tener éxito y ser aceptado por personas importantes en mi vida, o no soy tan bueno como tengo que ser y, por consiguiente, no valgo nada» (ansiedad del ego), y «Las condiciones de mi vida deben de ser fáciles, pues sería terrible tener que esforzarme demasiado, lo que convertiría el mundo en un lugar inaguantable» (ansiedad situacional).

La primera idea es, en gran medida, una autodevaluación, pero también está acompañada de perfeccionismo, que es esencialmente grandioso, pues implica que el individuo "debe" ser excepcional, casi un semidiós, o de otra manera será un ser despreciable y sin valor. La misma grandiosidad está también tácita en la segunda idea, ya que implica que el individuo es "merecedor" de una vida fácil que, si no se presenta, hace del mundo un lugar horrible. Estas exigencias grandiosas se encuentran en la base de la mayoría de las perturbaciones emocionales y, cuando no son satisfechas, como sucede a menudo en la realidad, la persona se siente ansiosa, deprimida y desesperada. Sin estas insistencias omnipotentes, el individuo sólo se sentiría triste, apesadumbrado e irritado.

Como podemos ver, entonces, la depresión, que está generalmente asociada con la ansiedad del ego, presenta también un aspecto de ansiedad situacional, es decir, que también se asocia a la baja tolerancia a la frustración. Muchos terapeutas han podido observar que, además de la autoimagen pobre, los sujetos deprimidos presentan una tolerancia a la frustración extraordinariamente baja, lo que les hace quejarse y lamentarse por inconveniencias leves que son parte de la vida cotidiana.

II.3. *Técnicas para combatir la ansiedad situacional*

No es nada fácil ayudar a los pacientes a elevar su nivel de tolerancia a la frustración y, por consiguiente, a reducir o eliminar su ansiedad situacional. La mayor parte de los seres humanos son hedonistas, con fuertes tendencias a la gratificación a corto en lugar de a largo plazo. Por esta razón, es muy común encontrar individuos que son adictos al alcohol, al tabaco, etc., aunque sepan que sus efectos son dañinos para ellos.

En este capítulo, incluimos dos instrumentos que pueden ser de utilidad en el tratamiento de la ansiedad situacional: el *Inventario coste/beneficio* (cuadro 15) y el *Formulario para el establecimiento de metas* (cuadro 16), ya que ayudan al paciente en la diferenciación y evaluación del corto *versus* el largo plazo y, por consiguiente, al desarrollo de habilidades cognitivas para combatir la baja tolerancia a la frustración.

Otra de las razones a la que se debe la falta de progreso en pacientes con ansiedad situacional, además de ansiedad del ego, es que ambas tienden a presentarse como si fuesen un solo problema. Por eso, es importante que el terapeuta reconozca y diferencie ambos tipos de ideas irracionales claramente y que trabaje, primero con uno y luego con el otro, en lugar de intercalarlos. Por ejemplo, analicemos el caso de un paciente perfeccionista que comienza a presentar esta tendencia en su propia psicoterapia con la premisa: «Debo obtener muy buenos resultados en lo que hago, particularmente en el trabajo terapéutico que influencia mi forma de sentir». De ella pueden derivarse dos posibles conclusiones: 1) «Cuando no hago las cosas bien y creo mis propios sentimientos inadecuados, no puedo tolerar la incomodidad que esto me produce» (ansiedad situacional), y 2) «Cuando no hago las cosas bien y creo mis propios sentimientos inadecuados, no puedo tolerarme a mí mismo, por ser un inepto, por fallar en todo lo que me propongo hacer... no merezco seguir viviendo» (ansiedad del ego). Es importante, entonces, que el terapeuta se asegure de que el paciente identifica ambas ideas irracionales, clara e independientemente. A continuación, puede preguntarle: «¿Cuál de las dos considera que le crea mayor dificultad?» o «¿Cuál preferiría resolver primero?». Y, luego, puede proceder a analizarlas y cuestionarlas, una por una, y asignar una tarea que sea consistente con este patrón. Sin embargo, en casos como el anterior, es aconsejable enfocar primero la ansiedad situacional, ya que, después de haber eliminado la creencia de que la persona no "debe" experimentar emociones disfuncionales por ser demasiado incómodo e intolerable, es más probable que el paciente sea más receptivo al cuestionamiento del concepto de que es un incompetente por generar dichas emociones.

Varios métodos son empleados en desensibilizar pacientes a los estímulos que temen, como la desensibilización sistemática (Wolpe, 1958), la implosión imaginada (Levis, 1991; Stampfl y Levis, 1967), y la desensibilización "en vivo" durante la TREC (Ellis, 1962, 1971, 1973). Sin embargo, la implosión y el tratamiento "en vivo" parecen producir mejores resultados con pacientes obsesivo-compulsivos o con fobias graves (Marks, Hodgson y Rachman, 1975). Probablemente, estos últi-

CUADRO 15. Inventario coste/beneficio *para su utilización en la* TREC

INVENTARIO COSTE/BENEFICIO

El siguiente formulario es útil para resumir y visualizar las posibles ventajas *(beneficio)* y desventajas *(coste)* de dos situaciones potenciales.

Al iniciar el ejercicio, es importante que se identifiquen las ventajas/desventajas de cada una de las situaciones por separado.

A continuación, determine el orden de importancia de cada ventaja/desventaja, comenzando por la nº 1, que sería aquella que le parezca más importante, la nº 2, que sería la siguiente en orden de importancia, etc.

Por último, compare y analice sus respuestas a ambas situaciones.

SITUACIÓN I (Breve descripción)		SITUACIÓN II (Breve descripción)	
A CORTO PLAZO ÚNICAMENTE			
Ventajas	(Orden de importancia)	Ventajas	(Orden de importancia)
Desventajas	(Orden de importancia)	Desventajas	(Orden de importancia)
A LARGO PLAZO ÚNICAMENTE			
Ventajas	(Orden de importancia)	Ventajas	(Orden de importancia)
Desventajas	(Orden de importancia)	Desventajas	(Orden de importancia)

CUADRO 16. *Formulario para el establecimiento de metas en la TREC*

FORMULARIO PARA EL ESTABLECIMIENTO DE METAS

El siguiente formulario tiene como propósito ayudarle a establecer metas reales a corto y a largo plazo con la utilización de imágenes guiadas. Siga paso a paso las instrucciones, que pueden ser dadas por su terapeuta o leídas directamente por usted y complete las secciones correspondientes a cada paso.

SECCIÓN I: Cierre los ojos e imagine su vida en el futuro, dentro de 5 años, en una situación ideal, donde todo lo que sucede es positivo. Trate de visualizar el mayor número de detalles posibles, como vida familiar, situación económica y de trabajo, etcétera.

(Deje pasar dos o tres minutos)

Ahora abra los ojos y describa dicha situación por escrito en este espacio:

____

____

____

SECCIÓN II: Vuelva a cerrar los ojos y a colocarse nuevamente a 5 años en el futuro. Imagine su vida, pero esta vez bajo las peores condiciones posibles de familia, trabajo, etc. Recuerde, es muy importante hacerlo con el mayor lujo de detalles.

(Deje pasar otros dos o tres minutos)

Ahora abra nuevamente los ojos y describa esta segunda situación por escrito en el siguiente espacio:

____

____

____

SECCIÓN III: Por último, cierre los ojos y trate de imaginar nuevamente su futuro, pero esta vez dentro de un año y bajo una perspectiva REAL.

(Espere dos o tres minutos)

Abra los ojos y describa esta última situación por escrito en el siguiente espacio:

____

____

____

Una vez finalizada esta parte, pase a la sección siguiente.

SELECCIÓN DE METAS ESPECÍFICAS: Examine sus respuestas a las secciones anteriores: ¿Ve algunos elementos en común? ¿Cuáles son? ¿Cómo se relacionan los aspectos ideales positivos y negativos en las secciones I y II, con su probable situación dentro de un año, descrita en la sección III?

SECCIÓN IV: Basado en el análisis anterior, escriba a continuación una meta PROBABLE que quisiera lograr en el próximo año, descrita en términos MUY ESPECÍFICOS. Por ejemplo, «conseguir un empleo que aumente mi ingreso anual en, por lo menos, una tercera parte», en lugar de «mejorar mi situación de trabajo» o «ser más feliz».

META A LOGRAR EN ESTE PRÓXIMO ANO:

____

____

¿Cómo quiero llegar a actuar?

____

____

¿Cómo quiero llegar a sentir?

____

____

¿Cómo quiero llegar a pensar?

____

____

SECCIÓN V: ETAPAS INTERMEDIAS. En términos reales, ¿qué debo de haber logrado en puntos intermedios de tres y seis meses?

Por ejemplo, ¿puedo lograr este aumento en mi lugar actual de trabajo? ¿Debo de buscar empleo en otros lugares? Si éste es el caso, ¿cuántas agencias de empleo debo de contactar? ¿Necesito revisar mi *curriculum vitae*? ¿Necesito más entrenamiento? Si es así, ¿cuánto tiempo precisaría? ¿Dónde puedo hacerlo?

META A SEIS MESES:

____

____

META A TRES MESES:

____

____

____

mos procedimientos atacan más fuerte y directamente el elemento de ansiedad situacional que aquellos métodos más graduales o basados en la imaginación, obligando al paciente a enfrentarse y cuestionar su baja tolerancia a la frustración, y eliminando o reduciendo considerablemente un importante impedimento en el proceso terapéutico.

9. LAS DISFUNCIONES SEXUALES Y LA TREC

Como describe la sección de fundamentos teóricos al comienzo de este libro, las bases para el desarrollo de la TREC surgen a mediados de la década de los cincuenta en el contexto de las relaciones sexuales y maritales, al publicar Ellis un estudio titulado «Un caso a favor de la libertad sexual» y poco tiempo después, «Sexo sin culpa», seguido por «El arte y la ciencia del amor» y, más tarde, por innumerables libros y artículos (Ellis, 1957*a,* 1958*b,* 1960, 1963, 1972, 1974, 1983) sobre el tema.

El estilo activo-directivo y la metodología racional-emotiva se derivan de este marco de referencia. Estudios posteriores (p. ej., Masters y Johnson, 1970) indican que, especialmente en el área de las disfunciones sexuales, el uso de información, enseñanza, entrenamiento y tareas directas son, prácticamente, requisitos indispensables para la eficacia del tratamiento psicoterapéutico.

El tratamiento racional emotivo-conductual de las disfunciones sexuales, particularmente las que se conocen como impotencia y frigidez, es amplio y utiliza una gran variedad de métodos cognitivo-conductuales, algunos de tipo preferencial y otros de tipo general. Este capítulo incluye algunas de las técnicas psicoterapéuticas de mayor utilización en esta área: información, identificación y cuestionamiento o debate de las ideas irracionales, asertividad y tareas para casa, como ejercicios para atacar la vergüenza, riesgo calculado, imágenes racional emotivas e hipnosis.

Ellis considera que el órgano sexual más importante se encuentra probablemente localizado en medio de... ¡las orejas! (Es decir, ¡el cerebro!). De él dependen los pensamientos, racionales e irracionales, que los individuos utilizan como base para producir, respectivamente, emociones y comportamientos sexuales funcionales y disfuncionales. Por esta razón, el terapeuta debe de tener en cuenta que existen dos elementos de igual importancia en el tratamiento de las perturbaciones sexuales: 1) el desarrollo de destrezas, habilidades, datos y conductas sexuales funcionales específicas, que es, en gran medida, TREC "general", y 2) el debate de pensamientos irracionales que impidan o dificulten su adquisición y puesta en práctica, que es, principalmente, TREC "preferencial".

Si el paciente logra lo primero, pero no lo segundo, es muy probable que, aunque haya aprendido suficientes habilidades, no las utilice, pues, por ejemplo, teme fallar, ser criticado, etc. Si, por el contrario, progresa en lo segundo, pero no en lo primero, puede llegar a encontrarse en una situación donde carezca de conocimiento práctico y no pueda funcionar adecuadamente debido a ello.

I. INFORMACIÓN

La TREC, al igual que otras terapias sexuales (Ellis, 1972; Kaplan, 1974; Masters y Johnson, 1970), ha encontrado que, al comienzo del proceso psicoterapéutico con pacientes que sufren de ansiedad sexual, hostilidad o compulsiones sexuales, es necesario impartir una gran cantidad de información "correctora", ya que ayuda al individuo a deshacerse de algunos de sus pensamientos irracionales relacionados con el sexo. Entre los más comunes están, por ejemplo, que para tener relaciones sexuales agradables es necesario que ambas personas se exciten simultáneamente y de forma espontánea, que los orgasmos vaginales, no los clitoridianos, son indicativos de "madurez sexual" en la mujer, que el juego sexual es "normal y saludable" solamente si termina con la penetración del pene en la vagina, y que cualquier persona con experiencia es capaz de excitar fácilmente a su pareja y de proporcionarle uno o varios orgasmos.

Se utiliza también información y educación sobre una gran variedad de técnicas como, por ejemplo, el tradicional uso de presión en la base del pene o del glande para el tratamiento de la eyaculación precoz ("técnica del apretón"), o la interrupción intermitente del coito, o la contracción voluntaria del esfínter anal, o, en los casos de anorgasmia femenina, los ejercicios de exploración genital con localización de las diversas zonas y su mayor o menor grado de sensibilidad.

II. IDENTIFICACIÓN Y DEBATE DE IDEAS IRRACIONALES

Aunque la información sexual ayuda inicialmente al paciente a eliminar algunos de sus pensamientos irracionales, etapas posteriores del proceso psicoterapéutico requieren el uso de otras técnicas, que la TREC utili-

za en áreas distintas de las disfunciones sexuales y que ya han sido descritas en diversas secciones de este libro. Por esta razón, nos limitaremos en esta parte a su aplicación específica al tratamiento de pacientes con problemas sexuales.

El pensamiento rígido y absolutista, donde los deseos y preferencias progresan a exigencias perfeccionistas, es, por lo general, la base de la perturbación emocional, y podría manifestarse en el área sexual a través de exigencias al propio ego («"Debo" funcionar perfectamente en el sexo»), a los demás («Mis amantes "deben" tratarme maravillosamente y adivinar todos mis deseos») y/o a las condiciones del mundo en general («Mi vida sexual "debe" ser fácil, cómoda y requerir poco esfuerzo»).

De este pensamiento se derivan la Condena de sí mismo(a) y/o de los demás («soy/es un mal amante y, por consiguiente, un fracaso como persona»), el Tremendismo («una mala experiencia sexual es la cosa más horrible que puede sucederle a un ser humano»), y la Baja tolerancia a la frustración («no soporto la incomodidad que experimento en una situación sexual tensa o desagradable»).

El primer paso, entonces, sería la identificación de las ideas irracionales subyacentes, donde puede utilizarse la *Hoja para la identificación de ideas irracionales* del capítulo 4.

A continuación, puede proseguirse con el Debate, teniendo en cuenta sus tres estrategias: 1) debatir la falta de lógica (debate filosófico), 2) enfocar el aspecto objetivo y 3) enfocar el aspecto práctico/pragmático (debate empírico). El Diario de debate es una buena herramienta para trabajar en este aspecto; también lo son las imágenes racional emotivas, la hipnoterapia y el uso de unidades subjetivas de malestar. Por último, se asigna una tarea para casa, encontrándose, entre las más populares, los ejercicios para atacar la vergüenza, acompañados por el *Formulario para reacciones de vergüenza.* Todas estas técnicas también están incluidas en el capítulo 4.

Examinemos, a continuación, algunos ejemplos específicos de técnicas preferenciales y generales y de estrategias de debate, en el contexto de la terapia con un paciente con impotencia. Posteriormente, incluiremos ejemplos de otras técnicas en el contexto de la anorgasmia/frigidez femenina.

Descripción del caso. Hombre de 29 años de edad, profesional, de clase media, con un problema típico de impotencia. A pesar de haber podido funcionar sexualmente con su ex esposa, con quien permaneció casado duran-

te cuatro años, no logra alcanzar consistentemente un buen grado de erección con otras mujeres, ni antes ni después de su matrimonio, con la excepción de prostitutas o mujeres de nivel inferior, «quienes, por supuesto, tienen esa apariencia». Ha estado en terapia psicoanalítica previa durante un período de cinco años, donde ha explorado sus supuestos sentimientos edípicos hacia su madre —quien le ha criticado sexualmente desde temprana edad— y la posible conexión entre éstos y su impotencia. Sin embargo, durante este tiempo, su problema se ha exacerbado en lugar de mejorar.

Diagnóstico. La terapia comienza por mostrar al paciente que, aunque su incapacidad para excitarse pudo provenir inicialmente de su miedo al sexo y del horror a tener relaciones sexuales con "mujeres decentes" (que podrían simbolizar figuras maternas), la razón principal de su perturbación no tiene prácticamente nada que ver con la idea irracional de que sería un pecador empedernido si tuviese éxito con sustitutas maternas, sino que se deriva de fuentes filosóficas diferentes:

Fuente nº 1: Su impotencia misma, que puede tener varios aspectos:

1. «¡Qué desafortunado sería si fallase en mi intento de tener relaciones sexuales con esta mujer tan decente, sobre todo si se tiene en cuenta que ya he fracasado anteriormente en estas circunstancias!» (pensamiento racional).
2. «¡No puedo fallar! Sería terrible si no consigo una erección... No lo estoy logrando... ¡Es espantoso!» (pensamiento irracional: Tremendismo).
3. «La carencia de erección indica que no soy un verdadero hombre. Además, estoy cometiendo un acto que es malo... ¡Soy despreciable e indecente!» (pensamiento irracional: Autodevaluación).

Fuente nº 2: Vergüenza por su impotencia, que también tiene dos aspectos:

1. «Me encantaría tener relaciones sexuales exitosas con todo tipo de mujeres, incluyendo las "decentes" —como es aquella con quien acabo de fallar— y me siento triste e incómodo por ello, pero trataré de pensar en lo que puedo hacer para excitarla sexualmente y disfrutar yo la próxima vez que nos vayamos juntos a la cama» (pensamiento racional inicial).
2. «¡Qué horrible es ser impotente! ¡No puedo tolerar estos síntomas! No "debo" actuar así... ¡Qué avergonzado de mí mismo me siento en este momento!» (pensamiento irracional subsiguiente: Baja tolerancia a la frustración).

Debate: Para cada una de las ideas irracionales descritas anteriormente, el debate empírico y filosófico puede hacerse en la siguiente forma:

AUTODEVALUACIÓN

Debate filosófico: ¿Cómo puedo probar que la falta de erección —o el realizar un acto que considero "malo"— me convierte automáticamente en un ser despreciable e indecente, un hombre sin masculinidad?

Debate empírico: ¿Cómo puedo probar que, por haber fallado en lograr una erección, varias veces y con varias personas, ya debo considerarme impotente el 100% de las veces?

TREMENDISMO

Debate filosófico: ¿De qué manera puedo concluir que, por experimentar momentos sexuales desagradables, como puede ser el no tener la erección que deseo en un momento determinado, toda mi vida, sexual y no sexual, se convierte en algo espantoso y atroz?

Debate empírico: ¿Cómo puedo probar que fallar en lograr una erección algunas, o muchas veces, es lo peor, más que un 100% malo?, ¿qué podría sucederme?

BAJA TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN

Debate filosófico: ¿Por qué no debo actuar o sentirme así, de ninguna manera y bajo ninguna circunstancia, es decir, por qué tengo que obtener algo, tener la garantía de que voy a sentirme cómodo y lograr una erección, simplemente por desearlo fuertemente?

Debate empírico: ¿Cómo puedo probar que la incomodidad y la vergüenza que siento son realmente insoportables, si ya las he experimentado anteriormente con frecuencia y aún no me he muerto?

III. ASERTIVIDAD SEXUAL

El desarrollo de habilidades de asertividad, particularmente con individuos pasivos y tímidos, ha sido un procedimiento muy utilizado por las terapias cognitivo-conductuales (Lange y Jakubowski, 1976; Lazarus, 1971; Wolpe y Lazarus, 1966) y parte integral de la TREC desde su origen (Ellis, 1963).

Aunque se aplica también a la contraparte masculina, el entrenamiento en asertividad sexual es mas común en mujeres, ya que nuestra cultura tiende a condicionarlas para que sean pasivamente "femeninas" (Ellis, 1974; Jakubowski, 1977; Wolfe, 1974).

El entrenamiento en asertividad sexual cubre dos niveles: la identificación y debate de pensamientos irracionales sobre el sexo y la adquisición de habilidades sexuales conductuales.

Aunque ambos niveles, el conductual y el cognitivo, pueden beneficiarse de todos estos ejercicios, la adquisición de habilidades conduc-

tuales puede hacerse principalmente a través de tareas para casa graduales, que incluyen el riesgo calculado y los ejercicios para atacar la vergüenza, mientras que el debate de pensamientos irracionales puede ir acompañado de imágenes racional emotivas e hipnosis.

IV. TAREAS PARA CASA

Ejemplos conductuales de riesgo calculado. Entre las tareas graduales que pueden asignarse están:

1. Acercarse, iniciar y mantener una conversación con un individuo atractivo del sexo opuesto en lugares públicos, como un café, un bar o un restaurante, o en una reunión social, sin esperar a ser formalmente presentado/a por algún amigo en común.
2. Especialmente en el caso de las mujeres, llamar por teléfono a los amigos del sexo opuesto en lugar de esperar pasivamente a que sean ellos quienes lo hagan.
3. Tomar la iniciativa de ser quien hace la "propuesta sexual".
4. Durante la actividad sexual, pedir a su pareja, en forma directa, actividades específicas que deseen experimentarse.

Este ejercicio, al igual que los otros de tipo conductual inicialmente diseñados por Hertzberg (1945) y Salter (1949), puede ser utilizado también como fuente para detectar ideas irracionales subyacentes que impidan o dificulten su ejecución.

IV.1. *Dificultades con los ejercicios para atacar la vergüenza*

Una de las situaciones más comunes en sociedades tradicionales es la dificultad que existe en ayudar al paciente a adquirir habilidades para lograr una comunicación sexual abierta, donde pueda expresar lo que desea y lo que le desagrada, y escuchar e incorporar la retroalimentación que su pareja sexual le provee al respecto. Aunque con menor frecuencia en el contexto de la terapia de parejas que en el individual, la resistencia y dificultad que el paciente presenta en la realización de un ejercicio sexual específico proviene de su pensamiento irracional subyacente que, en muchos casos, ni siquiera le es aparente.

Algunas de las creencias falsas más comunes incluyen, por ejemplo, que los hombres son, en el fondo, muy inseguros y tienden a tomar cualquier tipo de petición como una crítica a su virilidad, o que las mujeres "buenas" deben dejar la responsabilidad de su placer sexual en manos de su pareja, quien sabrá exactamente qué hacer para satisfacerlas, o que la vida sexual verdaderamente satisfactoria debe ocurrir espontáneamente y que cualquier intento de aprendizaje le quitaría encanto y "magia". De aquí pueden derivarse ideas irracionales, como, por ejemplo, «si le pido que trate de demorarse un poco más en eyacular durante el coito, se preguntará quién me ha enseñado todo esto, y terminará pensando que soy prácticamente una prostituta». Por consiguiente:

a. «Es horrible y espantoso que piense eso de mí» (Tremendismo).
b. «Es muy incómodo tener que asumir ese riesgo» (Baja tolerancia a la frustración).
c. «Es posible que tenga razón y que yo me esté "rebajando" al nivel de una mujer de la calle» (Autodevaluación).
d. «Estoy segura que lo comentará con sus amigos, ¡el muy desgraciado!» (Devaluación del otro).

Un tipo de intervención terapéutica, previamente descrito en el capítulo 6, es el de los talleres de temas específicos y duración entre seis y diez semanas, que pueden impartirse sólo para mujeres sobre el tema de la "anorgasmia femenina", y donde, en un momento determinado, se asigna a cada miembro del grupo la tarea de explorar con un diagrama y un espejo su propia región genital e informar de los resultados delante del grupo en la sesión siguiente. Curiosamente, y al contrario de lo que sucede con las diferencias transculturales a la hora de llevar a cabo ejercicios para atacar la vergüenza, en general, Lega ha observado que en esta área las pacientes hispanas presentan un grado de dificultad similar al de su contraparte angloparlante, y que las respuestas, en ambos grupos, van desde «ya lo había hecho antes» hasta comentarios como «no sabía que a otras también les costaba trabajo identificar el lugar exacto donde la estimulación directa les es agradable (o desagradable)».

IV.2. *Ejemplo del uso de imágenes racional emotivas en problemas sexuales*

El caso presentado a continuación con el permiso del autor (Ellis, 1974) puede servir como ejemplo de la utilización de imágenes racional emoti-

vas (Maultsby y Ellis, 1974) en el tratamiento de una paciente de 30 años quien, después de un proceso gradual donde casi nada la excita y sólo llega al orgasmo en muy raras ocasiones, termina por sentir una falta total de interés por el sexo.

Terapeuta: «Cierre los ojos y, en este mismo momento, trate de imaginar, tan vívidamente como le sea posible, que está teniendo relaciones sexuales con su pareja. ¿Puede hacerlo?».
Paciente: «Sí».
Terapeuta: «Muy bien, continúe teniendo una relación sexual con él en su imaginación, pero imagine que nada está sucediendo, que usted prácticamente no siente nada, no se excita, y que él comienza a sentirse irritado por eso, porque usted parece fallar, no sólo esta vez sino en ocasiones anteriores, porque es "fría" y porque muy probablemente no podrá llegar a satisfacer a ningún hombre que esté con usted, aunque él trate de satisfacerla. Imagine esta escena tan dramáticamente como pueda».
Paciente: «Sí, la imagino, y muy vívidamente».
Terapeuta: «Muy bien. ¿Qué siente en este momento, honestamente, al imaginar este fracaso sexual?».
Paciente: «¡Me siento horrible! Deprimida!».
Terapeuta: «Muy bien, usted normalmente se siente así cuando piensa que está ocurriendo esa situación. Ahora, trate de cambiar este sentimiento por desilusión y frustración solamente. Mantenga la misma fantasía dentro de su cabeza, pero ahora sienta sólo desilusión y tristeza, no depresión y horror. ¿Cree que puede hacerlo?».
Paciente: «Francamente me cuesta mucho trabajo. Es muy difícil...».
Terapeuta: «Sí, lo sé, pero usted puede hacerlo. Usted tiene el poder de cambiar sus propios sentimientos... aunque sea por un corto período de tiempo. Continúe tratando de hacerlo. Sienta sólo desilusión y tristeza... Vea si lo logra...».

(Después de una pausa)

Paciente: «Está bien. Creo que ya lo puedo hacer».
Terapeuta: «¿Hacer qué...?».
Paciente: «Sentir desilusión... Aunque continúa convirtiéndose en depresión, puedo sentir desilusión por algunos momentos».
Terapeuta: «Muy bien. Sabía que lo lograría. Ahora, dígame, ¿cómo lo hizo?».
Paciente: «Déjeme ver, creo que pensando que no es el fin del mundo, que me gustaría mucho sentirme excitada por mi pareja, pero que no "tiene que", que no "debe", ser así».
Terapeuta: «Bien. ¿Algo más?».
Paciente: «Creo que sí... Que no seré un ser inferior, que no me convertiré en "menos mujer", aunque no vuelva nunca a sentirme sexualmente excitada... Eso es sólo un aspecto mío y, si lo pierdo, aún me quedan todos los demás».

Terapeuta: «¡Excelente! usted podría continuar pensando así, si deseara sentirse desilusionada en lugar de deprimida. Usted no se convierte en una persona inferior, en "menos mujer", si pierde su habilidad para excitarse sexualmente. Más aún, puede llegar a divertirse mucho y hasta tener una buena relación amorosa, aun si nunca vuelve a sentir excitación sexual».

Paciente: «Si, ya veo que puedo...».

Terapeuta: «Correcto. Ahora, si usted practica diariamente este ejercicio de imágenes racional emotivas durante las próximas semanas, verá que comienza a convertirse en parte suya y se dará cuenta, claramente, que usted puede escoger lo que piensa y, por consiguiente, cómo se siente. Si visualiza un fracaso sexual, puede sentirse triste, desilusionada y frustrada, o terriblemente ansiosa y deprimida, dependiendo de los mensajes que se dé a sí misma. Hasta ahora, siempre ha practicado lo segundo, es decir, deprimiéndose por tener un orgasmo. Si practica los mensajes opuestos, vigorosa y constantemente, verá cómo puede hacer que cambien sus emociones, que den un vuelco, hasta que de forma natural comience a experimentarlas. Así que, durante las próximas semanas, practique diariamente las imágenes racional emotivas que ha aprendido en esta sesión. ¿Cree que puede hacerlo?».

Paciente: «Sí, lo haré».

La paciente siguió las instrucciones y manifestó en sesiones de terapia posteriores que, cuando estaba teniendo relaciones sexuales con su pareja y comenzaba a sentirse deprimida ante la idea de fracasar, inicialmente se forzaba a cambiar sus emociones por tristeza y desilusión, lo que, con la práctica, fue siendo cada vez menos difícil de lograr, hasta que llegó un momento en el que tenía dificultad en sentirse deprimida. Finalmente, comenzó a practicar imágenes de escenas sexuales excitantes, a excitarse considerablemente y a experimentar orgasmos.

REFERENCIAS

Abramson, L. Y. y Sackheim, H. A. (1977). A paradox in depression: Uncontrollability and self-blame. *Psychological Bulletin, 84,* 838-851.

Adler, A. (1927). *Understanding human nature.* Nueva York: Greenberg [*Conocimiento del hombre.* Madrid: Espasa-Calpe, 1984].

Alberti, R. E. (1977). Issues in assertive behavior training. En R. E. Alberti (dir.), *Assertiveness: Innovations, applications, issues.* San Luis Obispo, California: Impact.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders - 4ª edición (DSM-IV).* Washington: APA [*DSM-IV.* Barcelona: Masson, 1995].

Araoz, D. L. (1985). *The new hypnosis.* Nueva York: Brunner/Mazel.

Bandura, A. (1965). Vicarious learning: A case of no-trial learning. En L. Berkowitz (dir.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 2). Nueva York: Academic Press.

— (1971). Vicarious and self-reinforcement processes. En R. Glaser (dir.), *The nature of reinforcement.* Nueva York: Academic Press.

— (1977). *Social learning theory.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall [*Teoría del aprendizaje social.* Madrid: Espasa-Calpe, 1987].

Barber, T. X. (1978). Hypnosis, suggestions, and psychosomatic phenomena: A new look from the standpoint of recent experimental studies. *The American Journal of Clinical Hypnosis, 21,* 13-27.

— (1979). Suggested (hypnotic) behavior: The trance paradigm versus an alternative paradigm. En E. Fromm y R. E. Shor (dirs.), *Hypnosis: Developments in research and new perspectives* (2ª edición revisada). Nueva York: Aldine.

Beck, A. T. (1963). Thinking and depression. I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry, 9,* 36-46.

— (1967). *Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects.* Nueva York: Hoeber-Harper.

— (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders.* Nueva York: International Universities Press.

—; Rush, A. J.; Shaw, B. F., y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression.* Nueva York: Guilford.

Berkowitz, L. (1990). On the formation and regulation of anger and aggression: a cognitive-neoassociationistic analysis. *American Psychologist, 45,* 494-503.

Bernard, M. (1980). Private thought in RET. *Cognitive Therapy and Research, 5,* 125-142.
— y Joyce, M. R. (1984). *Rational emotive therapy with children and adolescents.* Nueva York: Wiley.
Berne, E. (1964). *Games people play.* Nueva York: Grove.
Bernheim, H. (1895). *Suggestive therapeutics.* Nueva York: G. P. Putnam's Sons.
Bower, S. A. y Bower, G. H. (1976). *Asserting yourself: A practical guide for positive change.* Reading, Ma: Addison-Wesley.
Brewin, C. R. (1989). Cognitive change processes in psychotherapy. *Psychological Review, 96,* 379-394.
— (1996). Theoretical foundations of cognitive-behavior therapy for anxiety and depression. *Annual Review of Psychology, 47,* 33-57.
Brislin, R. (1973). *Cross-cultural research methods.* Nueva York: Wiley.
Burgess, P. H. (1990). Toward resolution of conceptual issues in the assessment of belief systems in rational-emotive therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 4,* 171-184.
Caballo, V. E. (1986). Evaluación de las habilidades sociales. En R. Fernández-Ballesteros y J. A. Carrobles (dirs.), *Evaluación conductual: metodología y aplicaciones* (3ª edición). Madrid: Pirámide.
— (1991*a*) (dir.). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta.* Madrid: Siglo XXI.
— (1991*b*). El entrenamiento en habilidades sociales. En V. E. Caballo (dir.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta.* Madrid: Siglo XXI.
— (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales.* Madrid: Siglo XXI.
— (1997) (dir.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 1). Madrid: Siglo XXI.
— Lega, L. I., y González, S. (1996, noviembre). *Factor analysis of a back translation Spanish version of the Scale of Attitudes and Beliefs (SAB).* Comunicación presentada en el 30th Annual Convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Nueva York.
Campbell, I. M. (1985/1990). La psicología de la homosexualidad. En A. Ellis y M. E. Bernard (dirs.), *Aplicaciones clínicas de la terapia racional emotiva.* Bilbao: Desclée de Brouwer.
—; Lowe, B., y Burgess, P. M. (1983). *RET anatomy of neuroses.* Manuscrito sin publicar, University of Melbourne.
—; —, y — (1988). *A reformulation of the rational-emotive model of emotional disturbance: A heuristic for therapists.* Manuscrito sin publicar, Universidad de Melbourne.
Clark, D. A. y Hemsley, D. R. (1984). Individual differences in the experience of depressive and anxious, intrusive thoughts. *Behaviour Research and Therapy, 23,* 625-633.
Cochran, S. D. y Hammen, C. L. (1985). Perceptions of stressful life events and

depression: A test of attributional models. *Journal of Personality and Social Psychology, 4,* 1562-1577.

Corsini, R. y Cardono, S. (1966). *Role-playing in psychotherapy: A manual.* Chicago: Aldine.

Coué, E. (1923). *My method.* Nueva York: Doubleday, Page.

Coyne, J. C. y Gotlib, I. H. (1983). The role of cognition in depression: An appraisal. *Psychological Bulletin, 94,* 472-505.

Davey, G. C. L. (1992). Classical conditioning and the adquisition of human fears and phobias: a review and synthesis of the literature. *Advances in Behaviour Research and Therapy, 14,* 29-66.

Davison, G. C. y Neale, J. M. (1996). *Abnormal psychology* (6ª edición- revisada). Nueva York: Wiley.

Del Greco, L. (1983). The Del Greco Assertive Behavior Inventory. *Journal of Behavioral Assessment, 5,* 49-63

DeMonbreun, G. G. y Craighead, W. E. (1977). Distortion of perception and recall of positive and neutral feedback in depression. *Cognitive Therapy and Research, 1,* 311-329.

Dobson, K. S. y Block, L. (1988). Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. En K. S. Dobson (dir.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies.* Nueva York: Guilford.

Dohrenwend, B. S. y Dohrenwend, B. P. (1981). *Stressful life events and their context.* Nueva York: Neale Watson.

Dryden, W. y Ellis, A. (1988). Rational-emotive therapy. En K. S. Dobson (dir.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies.* Nueva York: Guilford.

D'Zurilla, T. J. y Goldfried, M. R. (1971). Problem-solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology, 78,* 107-126.

Eccles, J. (1958). The physiology of imagination. *Scientific American, 199,* 135.

Ellis, A. (1957*a*). Outcome of employing three techniques of psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology, 13,* 344-350.

— (1957*b*). *How to live with a neurotic: At home and at work.* Nueva York: Crown.

— (1958*a*). Rational psychotherapy. *Journal of General Psychology, 59,* 35-49.

— (1958*b*). *Sex without guilt.* Nueva York: Lyle Stuart.

— (1960). *The art and science of love.* Secaucus, NJ: Lyle Stuart.

— (1962). *Reason and emotion in psychotherapy.* Nueva York: Lyle Stuart.

— (1963). *The intelligent somen's guide to manhunting.* Nueva York: Lyle Stuart.

— (1971). *Growth through reason.* North Hollywood, Ca: Wilshire Books.

— (1972). *Sex-love adventure and personality growth.* Nueva York: IRET.

— (1973). *Humanistic psychotherapy: The RET approach.* Nueva York: McGraw Hill.

— (1974). The treatment of sex and love problems in women. En V. Franks y V. Burtle (dirs.), *Women in therapy.* Nueva York: Brunner/Mazel.

— (1975). *How to live with a neurotic* (ed. rev.). North Hollywood, Ca: Wilkshire.
— (1976). RET abolishes most of the human ego. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 13*, 343-348.
— (1977). *Anger-How to live with and without it.* Secaucus, NJ.: Citadel Press.
— (1980). Discomfort anxiety: A new cognitive behavioral construct. *Rational Living, 15*, 25-30.
— (1982). The treatment of alcohol and drug abuse: Rational-emotive approach. *Rational Living, 17*, 15-24.
— (1983). The use of rational-emotive therapy (RET) in working for a sexually sane society. En G. W. Albee, S. Gordon y H. Leitenberg (dirs.), *Promoting sexual responsability and preventing sexual problems.* Hannover, Vt: University Press of New England.
— (1984*a*). Expanding the ABC's of RET. En A. Freeman y M. Mahoney (dirs.), *Cognition and psychotherapy*. Nueva York: Plenum Press.
— (1984*b*). The essence of RET. *Journal of Rational-Emotive Therapy, 2*, 19-25.
— (1985). *Overcoming resistance: RET with difficult clients.* Nueva York: Springer.
— (1987). A sadly neglected element in depression. *Cognitive Therapy and Research, 11*, 121-146.
— (1988). *How to stubbornly refuse to make yourself miserable about anything yes, anything!* Secaucus, NJ: Lyle Stuart.
— (1989). *Overcoming the influences of the past* (grabación en casete). Nueva York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
— (1990). Rational-emotive therapy. En I. L. Kutash y A. Wolf (dirs.). *The group psychotherapist's handbook.* Nueva York: Columbia.
— (1993). Changing Rational-Emotive Therapy (RET) to Rational Emotive Behavior Therapy (REBT). *The Behavior Therapist, 16*, 257-258.
— (1994). *Reason and emotion in psychotherapy: Revised and updated.* Nueva York: Birch Lane [*Razón y emoción en psicoterapia.* Bilbao: Desclée de Brouwer, 1980].
— y Becker, I. (1982). *A guide to personal happiness.* North Hollywood. Ca: Wilkshire [*Guía para la felicidad personal.* Bilbao: Deusto, 1990].
— y Bernard, M. (1983) (dirs.). *Rational-emotive approaches to the problems of childhood.* Nueva York: Plenum.
— y — (1985) (dirs.). *Clinical applications of rational emotive therapy.* Nueva York: Plenum [*Aplicaciones clínicas de la terapia racional emotiva.* Bilbao: Desclée de Brouwer, 1990].
— y Dryden, W. (1987). *The practice of rational emotive therapy.* Nueva York: Springer [*Práctica de la terapia racional-emotiva.* Bilbao: Desclée de Brouwer, 1989].
— y — (1990). *The essential Albert Ellis.* Nueva York: Springer.
— y Grieger, P. (1977). *Handbook of rational emotive therapy, vol.1.* Nueva

York: Springer [*Manual de terapia racional-emotiva,* vol. 1. Bilbao: Desclée de Brouwer, 1981].
— y — (1986). *Handbook of rational emotive therapy, vol. 2.* Nueva York: Springer [*Manual de terapia racional-emotiva,* vol. 2. Bilbao: Desclée de Brouwer, 1990].
— y Harper, R. A. (1961). *A guide to rational living.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
— y — (1975). *A new guide to rational living.* North Hollywood: Wilkshire.
— y Knaus, W. (1977). *Overcoming procrastination.* Nueva York: New American Library.
— y Lega, L. (1993). Cómo aplicar algunas reglas básicas del método científico al cambio de ideas irracionales sobre uno mismo, otras personas y la vida en general. *Psicología Conductual, 1,* 101-110.
Epictetus (1890). *The collected works of Epictetus.* Boston: Little Brown.
Epstein, S. (1994). Integration of the cognitive and the psychodinamic unconscious. *American Psychologist, 49,* 709-724.
Eysenck, H. J. (1969). *The effects of psychotherapy.* Nueva York: Science House.
Frank, J. (1985). Therapeutic components shared by all psychotherapies. En M. J. Mahoney y A. Freeman (dirs.), *Cognition and psychotherapy.* Nueva York: Plenum [*Cognición y psicoterapia.* Barcelona: Paidós, 1988].
Galassi, M. D. y Galassi, J. P. (1977). *Assert yourself! How to be your own person.* Nueva York: Human Science Press.
García, E. y Blythe, B. T. (1977). *Developing emotional muscle.* Atlanta: Georgia Centre of Continuing Education.
Girodo, M. (1980). *Cómo vencer la timidez.* Barcelona: Grijalbo (Or. 1978).
Golden, W. L. (1982). *Self-hypnosis: The rational-emotive approach* (grabación en casete). Nueva York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
— (1983). Rational-emotive hypnotherapy: Principles and techniques. *British Journal of Cognitive Psychotherapy, 1,* 47-56.
Goldfried, M. R.; Decenteceo, E. T., y Weinberg, L. (1974). Systematic rational restructuring as a self-control technique. *Behavior Therapy, 5,* 247-254.
González, S. (1996). *Un estudio transgeneracional y transcultural de los pensamientos irracionales propuestos por la terapia racional emotivo conductual.* Tesis de Licenciatura, Universidad de Costa Rica.
—.; Caballo, V. E., y Lega, L. I. (1996, noviembre). *Gender and generational differences in the Scale of Attitudes and Beliefs (SAB) scores among college students and their parents living in Costa Rica and Spain.* Comunicación presentada en el 30th Annual Convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Nueva York.
Granvold, D. K. (1994). Concepts and methods of cognitive treatment. En D. K. Grandvold (dir.), *Cognitive and behavioral treatment.* Pacific Grove, Ca: Brooks/Cole.

Grieger, R. y Boyd, J. (1980). *Rational-emotive therapy: A skills based approach.* Nueva York: Van Nostrand Reinhold.

Guidano, V. F. y Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders: A structural approach to psychotherapy.* Nueva York: Guilford.

Hauck, P. A. (1974). *Overcoming frustration and anger.* Filadelfia, Pa: Westminster.

Hawton, K.; Salkovskis, P. M.; Kirk, J., y Clark, D. M. (1989). *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems.* Oxford: Oxford University Press.

Hertzberg, A. (1945). *Active psychotherapy.* Nueva York: Grune and Stratton.

Horney, K. (1945). *Our inner conflicts: A constructive theory of neurosis.* Nueva York: Norton.

— (1950). *Neurosis and human growth.* Nueva York: Norton.

Ingram, R. E. (1984). Toward an information-procesing analysis of depression. *Cognitive Therapy and Research, 8,* 443-478.

— y Kendall, P. C. (1986). Cognitive clinical psychology: Implications of an information processing perspective. En R. Ingram (dir.), *Information processing approaches to clinical psychology.* Nueva York: Academic Press.

— y Scott, W. D. (1990). Cognitive behavior therapy. En A. S. Bellack, M. Hersen y A. E. Kazdin (dirs.), *International handbook of behavior modification and therapy* (2ª edición). Nueva York: Plenum.

Jacobson, E. (1938). *You must relax.* Nueva York: McGraw-Hill.

Jakubowski, P. A. (1977). Assertive behavior and clinical problems of women. En R. E. Alberti (dir.), *Assertiveness: Innovations, applications, issues.* San Luis Obispo, Ca: Impact.

— y Lange, A. (1978). *The assertive option.* Campaign, Il: Research Press.

Jones, R. (1968). *A factored measure of Ellis' irrational belief systems with personality and maladjustment correlates.* Tesis doctoral, Texas Technical University.

Kant, I. (1929). *Critique of pure reason.* Nueva York: St. Martin's [*Crítica de la razón pura.* Madrid: Alfaguara, 1989].

Kaplan, H. S. (1974). *The new sex therapy.* Nueva York: Brunner/Mazel [*La nueva terapia sexual,* 2 t. Madrid: Alianza, 1996].

Kendall, P. C. (1982). Individual versus group cognitive-behavioral self-control training: One year follow-up. *Behavior Therapy, 13,* 241-247.

— (1984). Social cognition and problem solving: A developmental and child-clinical interface. En B. Gholson y T. L. Rosenthal (dirs), *Applications of cognitive-developmental theory.* Nueva York: Academic Press.

— y Hammen, C. (1995). *Abnormal psychology.* Geneva, Ill: Houghton Mifflin.

Kofka, K. (1935). *The principles of Gestalt psychology.* Nueva York: Harcourt, Brace.

Korzybski, A. (1933). *Science and sanity.* San Francisco: International Society for General Semantics.

Lange, A. J. y Jakubowski, P. (1976). *Responsible assertive behavior*. Champaign, Illinois: Research Press.
Lao-Tsu (1975). *Tao: A new way of thinking*. Nueva York: Harper and Row.
Lazarus, A. A. (1968). Behavior therapy in groups. En G. M. Gazda (dir.), *Basic approaches to psychotherapy and group counseling*. Springfield, Il: Thomas.
— (1971). *Behavior therapy and beyond*. Nueva York: McGraw-Hill.
—; Lazarus, C. N., y Fay, A. (1993). *Don't believe it for a minute!* San Luis Obispo, Ca: Impact.
Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping processes*. Nueva York: McGraw-Hill.
— y Averill, J. R. (1972). Emotion and cognition:With special reference to anxiety. En C. D. Spielberger (dir.), *Anxiety: Current trends in theory and research* (Vol. 2). Nueva York: Academic Press.
Lega, L. (1991). La terapia racional-emotiva: Una conversación con Albert Ellis. En V. E. Caballo (dir.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.
— (1993). Diferencias transculturales en el uso de algunas técnicas de terapia racional-emotiva: ejercicios para atacar la vergüenza. *Psicología Conductual, 1*, 283-288.
— y Ellis, A. (1991). Rational emotive therapy: A case study. En R. Corsini (dir.), *Five therapists and one client*. Itasca, Il: F.E. Peacock.
— — (2001). Rational-Emotive Behavior Therapy (REBT) in the new millenium: A cross-cultural approach, *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavioral Therapies, 19(4)*, 203-224.
Leventhal, H. (1984). A perceptual-motor theory of emotion. *Advances in Experimental Social Psychology, 17*, 117-182.
Levis, D. J. (1991). La terapia implosiva (inundación): Una técnica conductual para la extinción de la re-activación de la memoria. En V. E. Caballo (dir.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.
Lewin, K. (1942). Field theory of learning. En N. B. Henry (dir.), *Forty-first year-book of the National Society for the Study of Education. Part 2. The psychology of learning*. Bloomington, Il: Public-School.
Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. En R. M. Friedman y M. M. Katz (dirs.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. Nueva York: Wiley.
Lyons, L. C. y Woods, P. J. (1991). The efficacy of RET: A quantitative review of outcome research. *Clinical Psychology Review, 11*, 337-369.
Mahoney, M. (1974). *Cognition and behavior modification*. Cambridge, Ma: Ballinger.
— y Arnkoff, D. B. (1978). Cognitive and self-control therapies. En S. L. Garfield y A. L. Bergin (dirs.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Nueva York: Wiley.
Marks, I. M.; Hodgson, R., y Rachman, S. (1975). Treatment of chronic-obses-

sive compulsive neuroses by in vivo exposure. A two year follow-up and issues in treatment. *British Journal of Psychiatry, 127,* 349-364.

Masters, W. y Johnson, V. A. (1970). *Human sexual inadequacy.* Boston, Ma: Little Brown.

Maultsby, M. C. (1971). Systematic written homework in psychotherapy: A clinical study of 87 unselected OPD patients. *Rational Living, 6,* 16-23.

— (1975, junio). *The evolution of rational behavior therapy.* Comunicación presentada en la First National Conference of Rational Emotive and Behavior Therapist, Chicago.

Maultsby, M. C. Jr. y Ellis, A. (1974). *Techniques for using rational-emotive imagery.* Nueva York: Institute for Rational-Emotive Therapy.

McKnight, D. L.; Nelson, R. O.; Hayes, S. C., y Jarrett, R. B. (1984). Importance of treating individually assessed response classes in the amelioration of depression. *Behavior Therapy, 15,* 315-335.

Meichenbaum, D. (1973). Cognitive factors in behavior modification: Modifying what clients say to themselves. En C. M. Franks y G. T. Wilson (dirs.), *Annual review of behavior therapy, theory and practice.* Nueva York: Brunner/Mazel.

— (1977). *Cognitive-behavior modification.* Nueva York: Plenum.

— y Goodman, J. (1971). Training impulsive children to talk to themselves. *Journal of Abnormal Psychology, 77,* 127-132.

Mitchell, R. E.; Cronkite, R. C., y Moos, R. H. (1983). Stress, coping and depression among married couples. *Journal of Abnormal Psychology, 92,* 433-448.

Nelson, R. E. y Craighead, W. E. (1977). Selective recall of positive and negative feedback, self-control behaviors, and depression. *Journal of Abnormal Psychology, 86,* 379-388.

Nisbett, R. E. y Wilson, T. D. (1977). Telling more than we can know: verbal reports on mental processes. *Psychological Review, 84,* 231-259.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento.* Madrid: Meditor.

Perls, F. (1969). *Gestalt therapy verbatim.* Nueva York: Delta.

Phillips, E. L.. y Wiener, D. N. (1966). *Short term psychotherapy and structured behavior change.* Nueva York: McGraw-Hill.

Possner, M. I. y Snyder, C. R. (1975). Attention and cognitive control. En R. L. Solso (dir.), *Information processing and cognition: The Loyola Symposium.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Rachman, S. J. y Wilson, G. T. (1971). *The effects of psychological therapy.* Oxford: Pergamon.

Reardon, J. y Tosi, D. (1977). The effects of rational stage directed imagery on self concept and reduction of stress in adolescent delinquent females. *Journal of Clinical Psychology, 33,* 1084-1092.

Rehm, L. P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy, 8,* 787-804.

— (dir.) (1981). *Behavior therapy for depression*. Nueva York: Academic Press.
Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton-Mifflin.
Rose, S. D. (1980). *Casebook in group therapy: A behavior-cognitive approach*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
Roth, D. y Rehm, L. P. (1980). Relationships among self-monitoring processes, memory, and depression. *Cognitive Therapy and Research, 4*, 149-157.
Russell, B. (1950). *The conquest of happiness*. Nueva York: New American Library [*La conquista de la felicidad*. Madrid: Espasa-Calpe, 6.ª ed., 1989].
Salter, A. (1949). *Conditioned reflex therapy*. Nueva York: Farrar, Strauss and Giroux.
Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development and death*. San Francisco: Freeman.
— (1981). A learned helplessness point of view. En L. P. Rehm (dir.), *Behavior therapy for depression*. Nueva York: Academic Press.
Sichel, J. y Ellis, A. (1984). *RET Self-Help Inventory*. Nueva York: IRET.
Silverman, J. S.; Silverman, J. A., y Eardley, D. A. (1984). Do maladaptative attitudes cause depression? *Archives of General Psychiatry, 41*, 28-30.
Spivack, G. y Shure, M. B. (1971). *Social adjustment of young children*. San Francisco, Ca: Jossey-Bass.
Stampfl, T. G. y Levis, D. J. (1967). The essential of implosive therapy: A learning-theory-based psychodynamic behavioral therapy. *Journal of Abnormal Psychology, 72*, 496-503.
Stanton, H. E. (1977). The utilization of suggestions derived from RET. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 25*, 18-26.
Suinn, R. M. y Richardson, F. (1971). Anxiety management training: A nonspecific behavior therapy program for anxiety control. *Behavior Therapy, 2*, 498-510.
Sutton-Simon, K. (1981). Assessing belief systems: Conceptions and strategies. En P. C. Kendall y S. D. Hollon (dirs.), *Assessment strategies for cognitive behavioral ineterventions*. Nueva York: Academic Press.
Tolman, E. C. (1934). Theories of learning. En F. A. Moss (dir.), *Comparative psychology*. Nueva York: Prentice-Hall.
Upper, D. y Ross, S. (1980). *Behavioral group therapy*. Champaign: Il: Research.
Walen, S. R.; DiGiuseppe, R., y Dryden, W. (1992). *A practitioner's guide to rational emotive therapy*. Nueva York: Oxford University.
—; —, y Wessler, R. (1980). *A practitioner's guide to rational emotive therapy*. Nueva York: Oxford University.
Watson, J. B. y Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology, 3*, 1-14.
Werner, A. E. y Rehm, L. P. (1975). Depressive affect: A test of behavioral hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology, 84*, 221-227.
Wessler, R. (1984). Alternative conceptions or RET: Towards a philosophically neutral psychotherapy. En M. A. Reda y M. J. Mahoney (dirs.), *Cognitive*

psychotherapies: Recent developments in theory, research and practice. Cambridge, Ma: Ballinger.
— y Hankin-Wessler, S. W. R. (1986). Cognitive appraisal therapy (CAT). En W. Dryden y W. Golden (dirs.), *Cognitive-behavioral approaches to psychotherapy*. Londres: Harper and Row.
Wessler, R. A. y Wessler, R. L. (1980). *The principles and practice of RET*. San Francisco: Josey-Bass.
Williams, J. M. G. (1984). *The psychological treatment of depression*. Nueva York: Free Press.
Wolfe, J. L. (1974). *Rational-emotive therapy and women's assertiveness training* (grabación en casete). Nueva York: IRET.
Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Standord, Ca: Stanford University Press [*Psicoterapia por inhibición recíproca*. Bilbao: Desclée de Brouwer, 1984].
— y Lazarus, A. S. (1966). *Behavior therapy techniques*. Nueva York: Pergamon.
Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, Fl: Professional Resources.

ÍNDICE ANALÍTICO

ÍNDICE DE CUADROS Y FIGURAS

CUADROS

FIGURAS